

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

Necessidades da Família da Pessoa em Situação
Crítica:
A Relação Terapêutica como Intervenção
Especializada do Enfermeiro

Ana Clara Gonçalves Lopes

Lisboa
2018

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio


Necessidades da Família da Pessoa em Situação
Crítica:
A Relação Terapêutica como Intervenção
Especializada do Enfermeiro

Ana Clara Gonçalves Lopes

Orientador: Professor Adjunto João Veiga
Co-Orientador: Professora Doutora Rita Marques

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“A família da pessoa em situação crítica enfrenta desafios significativos.
Os enfermeiros são os profissionais de saúde com presença assídua e com
competências para avaliar e intervir nas necessidades do doente e família devido à
relação única que criam com ambos.
Cuidar a família da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro competências
especializadas pelas particularidades do próprio contexto de urgência e
emergência.”*

Sá, Botelho & Henriques, 2015, pág. 31

AGRADECIMENTOS

Aos professores João Veiga e Rita Marques, que me acompanharam neste percurso atribulado, mas sempre disponíveis para me ajudarem a ultrapassar os obstáculos.

Aos enfermeiros orientadores Américo Reis e Patrícia Gonçalves, que partilharam comigo a sua experiência profissional e pessoal.

À equipa da UCICRE, que me acompanhou nos meus primeiros passos nos cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

À equipa do “Piso 4”, que contribuiu em muito para ser a enfermeira que sou hoje.

Aos meus amigos, em especial as “anti fofinhas”, sempre presentes, apesar da minha distância, e sempre com uma palavra de apoio.

À minha família, que apesar da minha ausência manteve-se presente e sempre me acarinhou.

Aos meus pais e aos meus sogros, pelo apoio e por estarem sempre presentes para o meu filho em todos aqueles dias em que estive a cuidar de outros.

Ao Gonçalo e ao Ricardo, que suportaram dois anos de uma aventura que se revelou pesada, em muito devido ao pouco tempo que pude estar com eles, mas que sempre me receberam em casa com um enorme sorriso e que me confortaram com um amor que nunca poderá ser explicado.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARSLTV – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CCFNI – Critical Care Family Needs Inventory
CCFNI-ED – Critical Care Family Needs Inventory-Emergency Department
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPAP – Continuous Positive Airway Pressure
DAV – Diretiva Antecipada de Vontade
DGS – Direção-Geral da Saúde
EAP – Edema Agudo do Pulmão
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
GCL PPCIRA – Grupo de Coordenação Local Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
HCN – Horas de Cuidados Necessárias
HTP – Hipertensão Pulmonar
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
ORL – Otorrinolaringologia
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RENDA – Registo Nacional de Não Dadores
RMN – Ressonância Magnética Nuclear
SAV – Suporte Avançado de Vida
SO – Serviço de Observação
SU – Serviço de Urgência
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
TISS - Therapeutic Intervention Scoring System
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Necessidades da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Relação Terapêutica como Intervenção Especializada do Enfermeiro

RESUMO

O presente relatório decorre da implementação do Projeto de Estágio elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem à PSC. O seu propósito é analisar criticamente o percurso realizado no que concerne ao crescimento pessoal e profissional, focando as intervenções e atividades realizadas em contexto de estágio e que contribuíram para o desenvolvimento das competências de mestre e de enfermeiro especialista.

A PSC encontra-se a viver uma situação de saúde/doença complexa, muitas vezes de carácter emergente, que implica admissão num contexto de cuidados críticos. A natureza desta situação tem impacto no seio da sua família, podendo comprometer a sua dinâmica devido às relações que se estabelecem entre os elementos que a compõem (Wright & Leahey, 2013). Desta experiência emergem cinco áreas de necessidades (Leske, 1991a) que desafiam a estabilidade desta unidade social. Compreender a situação vivida pela família contribui para o entendimento da complexidade da intervenção de Enfermagem. Para tal, recorreu-se à Teoria das Transições (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias, & Schumacher, 2000) enquanto guia orientador do percurso de aprendizagem.

A intervenção do enfermeiro poderá ser um desafio uma vez que a complexidade da situação de saúde/doença da PSC implica dedicação na satisfação das necessidades desta, sendo por isso muitas vezes relegadas para segundo plano as necessidades da família (Sá, Botelho, & Henriques, 2015). Contudo, intervir junto da família assume grande importância, dado que irá contribuir para a sua vivência, ajudando-a na sua adaptação (Hashim & Hussin, 2012), mas também capacitando-a a tomar uma posição ativa na recuperação da PSC (Hsiao et al., 2016).

A Relação Terapêutica é ponto de partida da intervenção do enfermeiro (Leske, 2002). Esta relação permite-lhe, em conjunto com a família, identificar precocemente as necessidades desta, bem como satisfazê-las (Chalifour, 2008). As competências relacionais e comunicacionais serão fundamentais para o sucesso desta relação, ajudando na compreensão da situação vivida pela família e a intervir adequadamente.

Palavras-chave: Necessidades, Família, Pessoa em Situação Crítica, Relação Terapêutica.

Needs of the Critically Ill Patient's Family: The Therapeutic Relationship as a Specialised Nursing Intervention

ABSTRACT

This report stems from the implementation of the Internship Project elaborated in the framework of the Masters degree in Critical Care Nursing. Its purpose is to critically analyse the path that led to personal and professional growing, specifying the interventions and activities carried out in practical context that contributed to the development of masters and specialised nursing competences.

The critically ill patient is experiencing a complex health/disease situation, often of an emergency nature, which requires admission in a critical care context. The nature of this situation has an impact on the family and can compromise its dynamics due to the relationships established between the family elements (Wright & Leahey, 2013). From this experience five areas of need emerge (Leske, 1991a) that challenge the stability of this social unit. Acknowledge the situation lived by the family leads to the understanding of the complexity of the Nursing intervention. For this purpose, Theory of Transitions (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias, & Schumacher, 2000) was referenced as guide to this learning path.

The Nursing intervention can be a challenge due to the complexity of the health/illness situation of the critically ill patient that implies dedication in the needs satisfaction, therefore being the reason why family needs are often relegated (Sá, Botelho, & Henriques, 2015). However, family intervention is of great importance, as it will contribute to this experience, helping it to adapt (Hashim & Hussin, 2012), but also enabling it to take an active participation in critically ill patient's recovery (Hsiao et al., 2016).

The Therapeutic Relationship is the starting point of the Nursing intervention (Leske, 2002). This relationship allows the nurse, together with the family, to identify the family needs in an early stage, as well as satisfying them (Chalifour, 2008). The relational and communicational competences will be fundamental to the success of this relationship, helping to understand the situation lived by the family and to intervene properly.

Keywords: Needs, Family, Critically Ill Patient, Therapeutic Relationship.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1.Necessidades da Família da Pessoa em Situação Crítica.....	3
1.2.Relação Terapêutica enquanto Intervenção Especializada do Enfermeiro ...	9
2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO	15
2.1.Unidade de Cuidados Intensivos.....	16
2.1.1. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC	18
2.1.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	24
2.2.Serviço de Urgência	31
2.2.1. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC	34
2.2.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	41
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular *Estágio com Relatório*, inserida no terceiro semestre do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização da PSC da ESEL. O objetivo deste trabalho remete para a análise do percurso desenvolvido em contexto de estágio em UCI e SU, focando-se nas experiências que contribuíram para a aprendizagem e desenvolvimento de competências para adquirir o grau de Mestre (segundo os Descritores de Dublin¹ que qualificam o 2º ciclo de formação), mas também das competências comuns² e específicas³ definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, no sentido de se obter o título de Enfermeiro Especialista.

Deve salientar-se que este percurso teve o seu início na elaboração do Projeto de Estágio durante o segundo semestre deste Mestrado, subordinado ao tema *Necessidades da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Relação Terapêutica como Intervenção Especializada do Enfermeiro*, tendo sido definidos objetivos e atividades a serem desenvolvidas em contexto de estágio. Contudo, e porque não se conhecia previamente qual o serviço onde se iria realizar o estágio, os objetivos e as atividades foram sujeitos a adaptação, mantendo sempre como foco o desenvolvimento das competências supracitadas.

Este relatório abrange as duas experiências de estágio, a primeira em UCI e a segunda em SU, cada uma com a duração de cerca de nove semanas, pretendendo-se com ele descrever e analisar o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências, considerando as dificuldades vividas e as estratégias implementadas para as ultrapassar.

Uma vez que este relatório é uma análise reflexiva do percurso realizado, foi fundamental efetuar uma revisão da literatura para sustentar o raciocínio expresso, pelo que se recorreu a pesquisas livres nas bases de dados eletrónicas *Cinahl*, *Medline* e *B-On*, bem como noutras fontes.

A família poderá ser definida como um grupo de pessoas que para além de um vínculo de consanguinidade, estabelecem entre si uma relação assente em laços de

¹ Decreto-Lei N.74/2006 de 24 de março de 2006

² Regulamento Nº 122/2011 de 18 de fevereiro

³ Regulamento Nº 124/2011 de 18 de fevereiro

afinidade. A relação entre os elementos da família é de tal forma importante que tem impacto na dinâmica desta unidade, pelo que quando um dos elementos vive uma situação em que há compromisso da sua saúde, os restantes elementos, em simultâneo, ficam perturbados (Wright & Leahey, 2013). Neste sentido, quando perante uma PSC, que “(...) depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010b, pág. 1), os restantes elementos vivem uma situação geradora de stress e ansiedade, que compromete o equilíbrio da sua unidade familiar, emergindo desta experiência necessidades que têm sido alvo de investigação nos últimos trinta anos. Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) esta situação é uma transição, requerendo, por isso, intervenção de Enfermagem na satisfação das necessidades afectadas perspectivando uma transição saudável. A Teoria das Transição, defendida por estes autores, foi considerada como guia orientador do percurso de aprendizagem sobre esta temática, fundamentando a pertinência da intervenção do enfermeiro.

A intervenção do enfermeiro junto desta família carece, assim, de uma análise aprofundada. Cuidar da PSC é um desafio, já que exige a prestação cuidados críticos de elevada complexidade. Contudo, este desafio intensifica-se uma vez que surge igualmente a exigência de cuidar da família da PSC. Uma família cuidada nas suas necessidades poderá não só contribuir de forma mais efetiva para a recuperação da PSC, mas também ser um contributo inestimável para a individualização dos cuidados que lhe são prestados, dado o conhecimento que desta tem.

Assim, e devido ao impacto que o bem-estar da família terá no bem-estar da PSC, esta foi a temática escolhida a ser desenvolvida, enfatizando as competências que o enfermeiro deverá desenvolver no sentido de cuidar desta família.

Dividindo este relatório em quatro partes, serve a presente introdução para contextualizar e apresentar o tema proposto. Numa segunda parte é desenvolvido o enquadramento teórico, sendo definidos os principais conceitos inerentes a esta temática e estabelecida a relação entre eles. Na terceira parte são apresentados os objetivos, descrevendo-se pormenorizadamente as competências desenvolvidas, tendo como ponto de partida as atividades planeadas. Por fim, na última parte são tecidas as considerações finais relativamente ao trabalho realizado, sendo também abordadas as dificuldades vividas e as estratégias implementadas, bem como sugestões para trabalhos futuros.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo serão definidos e articulados os principais conceitos referentes à temática do projeto delineado, sendo para isso mobilizados os resultados da revisão da literatura realizada.

Perante a complexidade da situação de saúde/doença vivida pela PSC, a sua família vive uma experiência muitas vezes inesperada e da qual emergem necessidades que poderão perturbar o equilíbrio da dinâmica familiar já fragilizada pela condição da PSC. O enfermeiro enfrenta assim o desafio de também cuidar da família, sendo que a Relação Terapêutica poderá ser a intervenção *chave* para dar resposta às necessidades desta. O capítulo encerra com a exposição da justificação da pertinência da intervenção do enfermeiro junto da família da PSC, recorrendo-se sobretudo à Relação Terapêutica, através do recurso a competências relacionais e comunicacionais

1.1. Necessidades da Família da Pessoa em Situação Crítica

Neste subcapítulo pretende-se explorar o conceito de família, focando as relações que se estabelecem entre os seus elementos e as implicações que essas mesmas relações trazem para a unidade familiar. Pretende-se articular esses achados com a vivência da família quando perante a situação de saúde/doença da PSC, da qual emergem necessidades, foco de vários estudos científicos.

A família é um sistema formado por um conjunto organizado de elementos que se relacionam e interagem entre si, apresentando uma diversidade de papéis fruto das necessidades individuais e das necessidades de grupo (Ros, Torras, Fernández, Sales, & Sancho, 2011). Este sistema assume especial relevância uma vez que é no seu seio que as pessoas se desenvolvem, sendo uma peça fundamental na integração dos seus elementos na sociedade (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010).

O conceito de família tem acompanhado a evolução da sociedade. Distanciando-se progressivamente da sua essência mais tradicional⁴, a família foi-se adaptando à mudança que a atualidade impõe. Assim, e perante as diferentes definições de família

⁴ A família nuclear é constituída pelo casal (homem e mulher) e os seus filhos; Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo e Hanson (2010) referem que a díade homem-mulher é a unidade mais antiga da história, talvez por isso a família nuclear ainda domine a experiência moderna.

encontradas, adotou-se a definição da CIPE® (2011), em que a família é a “(...) unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes” (pág. 115). Esta definição contempla diferentes dimensões da família, indo muito além de uma dimensão biológica. Inclui as dimensões legal, social e psicológica, assumindo relevância sobretudo porque não se limita às pessoas com quem se tem uma relação de consanguinidade, incluindo aquelas que são consideradas significativas. Desta forma, é pertinente conhecer a unidade familiar, uma vez que, segundo Kaakinen et al. (2010), serão identificadas as suas particularidades, que poderão não se enquadrar no conceito mais tradicional de família. Este distanciamento do conceito tradicional poderá implicar diferenças nas relações entre os elementos, bem como nos seus papéis no seio da unidade familiar.

Ao abordar o conceito de família é importante compreender como se desenvolve a dinâmica desta unidade e sobretudo o impacto que a relação que cada elemento estabelece entre si tem nos outros elementos, seja individualmente seja no coletivo. McGoldrick, Carter e Garcia-Preto (2011) referem que, ao longo do seu ciclo de vida, a família vive mudanças consideradas expectáveis⁵ e que a gestão desses eventos implica que se reequilibrem e se redefinam os relacionamentos entre os elementos. Contudo, o ciclo de vida da família não se limita a estes eventos, pelo que a ocorrência de situações imprevisíveis poderá interromper o decurso natural deste ciclo (McGoldrick et al., 2011). A situação de saúde/doença da PSC poderá ser um dos eventos inesperados a perturbar a dinâmica da família. Caracterizada como aquela cuja “(...) vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais (...)” (OE, 2010b, pág.1) , a PSC encontra-se numa situação complexa que, dado o seu carácter muitas vezes inesperado e emergente, leva a que os elementos da família vivam uma experiência para a qual não se encontram psicologicamente preparados, comprometendo a unidade familiar pela perturbação e desorganização que causa (Gundo, Bodole, Lengu, & Maluwa, 2014). Poderá, assim, afirmar-se que as mudanças que a situação de saúde/doença provoca na PSC têm

⁵ Os estadios do ciclo de vida da família expectáveis e que resultam da sua evolução natural são: jovem adulto (saída de casa), novo casal (junção de duas famílias através do casamento), família com filhos pequenos, família com filhos adolescentes, saída dos filhos e família em fase final do ciclo (McGoldrick et al., 2011).

repercussão nos restantes elementos da sua unidade familiar (Wright & Leahey, 2013).

Com o objetivo de melhor compreender a vivência da família bem como a intervenção do enfermeiro, que visa contribuir para a adaptação desta à perturbação e para a organização causadas pelo estado de saúde/doença da PSC, procurou-se desenvolver o conhecimento sobre os pressupostos da Teoria das Transições de Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias e Schumacher (2000). A transição é um processo psicológico que envolve a adaptação a um evento ou a uma disrupção (Kralik, Visentin, & Van Loon, 2006). Estando invariavelmente relacionada com a mudança, a transição é definida como a passagem de uma fase da vida/condição para outra, podendo estar diretamente relacionada com eventos de saúde/doença ou eventos situacionais (Chick & Meleis, 1986). Os primeiros eventos implicam uma mudança no estado de saúde e os segundos uma mudança no papel das relações, expectativas ou habilidades (Meleis, 2007). Assim, a situação de saúde/doença da PSC, tida como uma transição saúde/doença, poderá despoletar uma transição situacional vivida pela família, que implica uma redefinição do papel de cada um dos elementos no contexto em que se encontram, através da aquisição e aprendizagem de novos conhecimentos e competências, que contribuam para a alteração do seu comportamento (Meleis, 2007). Uma vez que o enfermeiro não intervém no processo de transição, mas sim nas consequências deste, no que exige e no que potencia, e sendo o objetivo uma transição saudável, compete-lhe a ele atender não só às mudanças que a transição origina mas também às exigências que esta implica para a vida diária (Meleis et al., 2000). Estas exigências poderão ser tidas como necessidades, já que, segundo Leske (1986)⁶, são uma requisito essencial que ao ser satisfeito poderá aliviar ou diminuir a angústia ou até mesmo melhorar a sensação de bem-estar.

As necessidades da família da PSC, que poderão surgir durante este processo de transição, têm sido amplamente estudadas. Nancy Molter e Jane Leske lideraram o processo de identificação e validação destas necessidades (Redley, LeVasseur, Peters, & Bethune, 2003b). Em 1979, através da realização de um estudo descritivo, Molter identificou quarenta e cinco necessidades manifestadas pela família da PSC

⁶ A escolha desta definição de *necessidades* prendeu-se ao facto de Jane Leske ser considerada uma autora de referência na área das necessidades da família em contexto de cuidados críticos.

em contexto de UCI. Mais tarde, Leske, em 1991(a), reestruturou a lista de necessidades identificadas, organizando-as em cinco áreas (Informação, Suporte, Conforto, Proximidade e Segurança); surgiu assim o instrumento denominado CCFNI⁷. A *Informação* diz respeito à necessidade de compreender a condição da PSC, sendo uma mais-valia na redução da ansiedade e promoção da sensação de controlo; o *Suporte* reflete a necessidade de intervenção especializada, no sentido de lidar com a situação que se está a viver, ajudando ao desenvolvimento de estratégias para lidar com a mesma; o *Conforto* espelha a necessidade de reduzir o stress, pelo que uma família confortável conserva a sua energia e poderá sentir-se menos ansiosa; a *Proximidade* manifesta-se pelo desejo de manter o vínculo e a relação familiar, o que contribui para que os elementos da família se sintam emocionalmente próximos e possam dar apoio à PSC; a *Segurança* relaciona-se com a necessidade de manter ou redefinir o conceito de esperança em relação à situação de saúde da PSC (Leske, 2002).

Em 2014, este instrumento foi adaptado⁸ e aplicado em Portugal por Campos, com o objetivo de identificar as necessidades da família e, desta forma, contribuir para “(...) o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas na unidade familiar, de modo a apoiar e proporcionar à família os recursos necessários para enfrentar o internamento em UCI de uma forma mais positiva” (Campos, 2014, pág. 104). Neste trabalho de investigação concluiu-se que a *Informação* foi a área considerada de maior importância pela família da PSC. Esta importância atribuída pela família encontra-se espelhada no CDE⁹, sendo a informação um elemento importante para o enfermeiro na prestação de cuidados. De facto, e segundo o artigo 105º do CDE, do dever da informação, o enfermeiro tem o dever de informar o utente e a família acerca dos cuidados de Enfermagem, devendo também “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito (...)” (alínea c), pág. 8079), garantindo o respeito, defesa e promoção do direito ao consentimento informado (alínea b)). Desta forma, a *Informação*, muito além de uma área de necessidade da

⁷ Este instrumento é constituído por quarenta e cinco questões, que permitem identificar as necessidades que a família apresenta. Uma vez que o questionário é do tipo Likert, facilita ainda o conhecimento sobre o grau de importância que a família atribui a cada uma das necessidades.

⁸ Tal como em outros estudos de investigação, o CCFNI foi adaptado ao contexto cultural do país, uma vez que as necessidades da família são influenciadas pela cultura e pelo contexto de cuidados (Hsiao et al., 2016).

⁹ Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro

família da PSC que carece de atenção, é também preponderante na intervenção do enfermeiro, sendo um dever.

Uma vez que o CCFNI foi estruturado para o contexto de UCI, a sua utilização no SU acarretava algumas limitações, em muito devido às diferenças que distinguem estes dois locais de cuidados críticos, por exemplo ao nível o tipo de cuidados prestados¹⁰ (Redley & Beanland, 2004). Em 2003, Redley, LeVasseur, Peters e Bethune desenvolveram o CCFNI-ED¹¹ a partir do instrumento original, com o intuito de avaliar as necessidades da família da PSC no SU. Estes autores organizaram as necessidades em cinco áreas, mantendo as necessidades de *Proximidade*, *Suporte* e *Conforto* do instrumento original, e apresentando duas novas áreas: *Comunicação* e *Significado*. A *Comunicação*, para Redley et al. (2003b), é apresentada como uma área de necessidades, substituindo a *Informação*, uma vez que esta última não reconhece totalmente a importância da compreensão de alcançar uma comunicação eficaz com as famílias no SU. Assim, a *Comunicação* engloba não só as necessidades de informação da família mas também a comunicação que se estabelece com esta. Por sua vez, o *Significado* diz respeito ao objetivo implícito de ajudar os membros da família a encontrar significado e propósito, transcendendo a dificuldade da sua vivência e alcançando qualidade de vida e crescimento pessoal. Este último grupo está diretamente relacionado com a *Segurança* do CCFNI, uma vez que as necessidades de honestidade, compreensão e esperança identificadas por Leske (1991b), contribuem para ajudar a família a identificar o seu significado individual (Redley et al., 2003b).

Nos últimos trinta anos foram vários os estudos internacionais que utilizaram estes instrumentos na investigação das necessidades da família da PSC. A sua utilização evidencia, sobretudo, o impacto tanto da cultura como do contexto de cuidados críticos

¹⁰ Redley e Beanland (2004) referem que os estudos em que se utilizou o CCFNI, os dados foram colhidos em diferentes estadios das doenças, mas variando entre as primeiras dezoito horas a semanas após a admissão na UCI. Contudo não foram contempladas as necessidades da família durante as primeiras horas da doença crítica, que estarão mais associadas ao SU (Redley, & Beanland, 2004). Segundo estes autores, as principais diferenças entre estes contextos são: na UCI são prestados cuidados “definitivos” e contínuos, enquanto que no SU são temporários e os utentes são posteriormente transferidos para outros serviços; os cuidados no SU são muitas vezes imprevisíveis, com foco na intervenção de salvar a vida, estabilização e transferência rápida, já na UCI, geralmente, na admissão já há uma causa identificada ou os utentes vêm de outro serviço; na UCI geralmente há um diagnóstico, um plano de intervenção e uma expectativa face ao prognóstico, sendo que no SU a PSC geralmente requer tratamento imediato, frequentemente sem um diagnóstico formal da sua condição.

¹¹ Este instrumento é constituído por quarenta questões e tal como o CCFNI é um questionário construído com uma escala de avaliação do tipo Likert, permitindo não só identificar as necessidades da família como também compreender o grau de importância que esta lhes atribui.

na vivência da família (Hsiao et al., 2016), focando a importância e atenção que esta temática carece, dando visibilidade às diferentes áreas de necessidades. A investigação sobre as necessidades vem assim evidenciar o impacto que a transição vivida pela família poderá ter, repercutindo-se em cada um dos elementos individualmente, bem como na unidade familiar. Assim, perante o desafio de cuidar da PSC, que exige a prestação de cuidados “(...) altamente qualificados (...) como resposta às necessidades afetadas” (OE, 2010b, pág.1), o enfermeiro enfrenta também o desafio de cuidar, simultaneamente, da sua família.

A intervenção do enfermeiro assume tal importância que no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC é definida uma competência, nomeadamente: “Assiste a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2010b, pág. 3). A intervenção de Enfermagem é, então, primordial, na medida em que poderá influenciar positivamente a vivência da família, contribuindo para a sua adaptação à situação crítica de saúde e estabilidade emocional (Hashim & Hussin, 2012), promovendo respostas saudáveis ao processo transicional (Meleis et al., 2000). Deste modo, vai ao encontro dos padrões da qualidade dos cuidados de Enfermagem definidos pela OE (2011)¹².

A integração da família no plano de intervenção do enfermeiro que cuida da PSC garante a prestação de cuidados de Enfermagem de forma holística. McEvoy e Duffy (2008) perspetivam que no cuidado holístico a pessoa deverá ser tida como um todo, tendo em consideração a relação entre corpo-mente-espírito, promovendo bem-estar físico e psicológico, considerando ainda as relações socioculturais num ambiente em constante mudança. Assim, e visto que a família se constitui o ambiente sociocultural primário (Kaakinen et al., 2010), a sua integração no plano de intervenção enquanto sujeito de cuidados vai ao encontro daquele que é o cuidado holístico de McEvoy e Duffy (2008). A intervenção do enfermeiro (especialista) pressupõe-se ser “(...) precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica” (OE, 2011, pág 4), pelo que o cuidado à família não se limita a um alargar da área de intervenção do enfermeiro, mas antes o desenvolvimento de uma abordagem

¹² “Na procura permanente da excelência dos cuidados no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente “ (OE, 2011, pág. 6), pelo que no sentido de promover o bem-estar, é considerado importante a “ (...) gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família” (OE, 2011, pág.6).

holística dos cuidados prestados à PSC (OE, 2002; Sá et al., 2015). Uma família cuidada nas suas necessidades estará não só mais capacitada para contribuir para a recuperação da PSC (enquanto suporte que lhe presta e enquanto contributo para a prestação de cuidados personalizados pelo conhecimento que tem desta), mas também mais capacitada para participar ativamente na tomada de decisão¹³ (Hsiao et al., 2016). Desta forma, uma família cuidada nas suas necessidades assume-se como um contributo inestimável para o enfermeiro, que deverá, então, integrá-la no seu plano de intervenção à PSC, para garantir a prestação de um cuidado de Enfermagem o mais eficiente e personalizado possível.

Tendo-se analisado a situação particular vivida pela família da PSC e a pertinência de intervir nas necessidades que emergem desta transição situacional, torna-se importante evidenciar em que moldes a intervenção do enfermeiro se poderá concretizar.

1.2. Relação Terapêutica enquanto Intervenção Especializada do Enfermeiro

Neste subcapítulo irá ser abordada a Relação Terapêutica enquanto intervenção *chave* do enfermeiro especialista na satisfação das necessidades da família da PSC. Será explorado o conceito de Relação Terapêutica, bem como os seus principais atributos, relacionando-os com as competências a desenvolver para se efetivar a intervenção junto da família.

A abordagem à família pelo enfermeiro num serviço de cuidados críticos é de grande importância, sobretudo a intervenção especializada, que poderá ser uma mais-valia dado que o contexto dos cuidados críticos "(...) imprime características únicas ao cuidado de enfermagem à família da pessoa em situação crítica, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática" (Sá et al., 2015, pág. 33). Seguindo a mesma premissa, Leske (2002) refere que a intervenção começa no contacto inicial com a família, mantendo-se durante todo o período de cuidados críticos e devendo até de ser preservada no período pós-alta. Esta autora foca a importância de se estabelecer uma relação de cariz terapêutico, sendo caracterizada pelo respeito mútuo, confiança, empatia e pela colaboração, pelo

¹³ Em Portugal, e perante uma situação que envolva um utente adulto, se a tomada de decisão não puder ser feita pelo próprio, poderá ser delegada a um procurador de cuidados. Este tema é abordado na pág. 42 do presente relatório.

que o sucesso de todas as intervenções posteriormente implementadas estará dependente deste relacionamento. Assim sendo, poderá afirmar-se que a relação estabelecida com a família deverá ser o ponto de partida da intervenção do enfermeiro.

A Relação Terapêutica distingue-se da relação dita social já que nesta última os intervenientes procuram a satisfação mútua de necessidades (Riley, 2012). Por sua vez, a Relação Terapêutica é estabelecida em prol da pessoa sujeito de cuidados e das suas necessidades (Riley, 2012), tornando-se terapêutica à medida que a pessoa vai confiando no enfermeiro e ajudando-o a compreender a situação que vive, sendo favorecidos o diálogo e o respeito mútuo (Puggina et al., 2014). Chalifour (2008) refere que nesta relação tanto há o contributo do enfermeiro como do sujeito de cuidados na identificação e satisfação das suas necessidades afetadas, tornando-se possível ajudar este último na sua capacidade em lidar com a situação que está a viver.

Considerados elementos fundamentais da Relação Terapêutica, surgem a empatia e a comunicação. Para Chalifour (2008) a empatia é a capacidade do enfermeiro em se conseguir colocar no lugar do outro e ver o mundo como este o vê, implicando uma partilha de sentimentos que permite ao enfermeiro compreender os sentimentos da pessoa. É, no entanto, importante que o enfermeiro tenha consciência dos seus próprios sentimentos para que estes não influenciem o seu pensamento e tomada de decisão, sendo-lhe assim possível colocar-se no lugar do sujeito de cuidados, percecionando e compreendendo mais facilmente as necessidades deste (Chalifour, 2008).

Se a empatia assume uma posição importante, a comunicação é fundamental, uma vez que é através dela que, segundo Pontes, Leitão e Ramos (2008), as pessoas se expressam e se relacionam entre si. A comunicação terapêutica é, então, “(...) um processo consciente que, de forma intencional, permite identificar e responder às necessidades de cada pessoa (...)” (Coelho & Sequeira, 2014, pág.1), contribuindo para o seu amadurecimento e equilíbrio (Briga, 2010). Assim sendo, a comunicação terapêutica poderá ser vista como o grande suporte para o estabelecimento da Relação Terapêutica (Riley, 2012).

Tendo presentes os conceitos de Relação Terapêutica e de comunicação terapêutica, torna-se importante relacioná-los com a intervenção do enfermeiro perante a família da PSC. O contexto de prestação de cuidados críticos poderá ser

caracterizado pela emergência da intervenção quando perante uma PSC, que necessita de “ (...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua (...) como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções vitais em risco imediato, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2010b, pág. 1). Se em UCI esta vivência da família é considerada uma situação traumática para qual, na maioria das vezes, esta não está preparada devido ao seu carácter súbito (Gundo et al., 2014), em contexto de SU não é diferente, sendo uma situação com impacto a nível emocional e psicológico (Hsiao et al., 2016). Assim, e apesar do principal objetivo da equipa de saúde ser o cuidado à PSC, Yildirim e Özlü (2018) consideram que a família necessita que esta equipa compreenda os seus sentimentos e que esteja atenta às suas necessidades. Desta forma, a relação estabelecida entre a família e o enfermeiro poderá influenciar a sua vivência (Adams, Mannix, & Harrington, 2017), uma vez que contribui para um maior envolvimento da família na situação de saúde/doença da PSC, o que permite o desenvolvimento de um ambiente favorável para a expressão de sentimentos e minimização do sofrimento (Lima, Monteiro, Nogueira, & Melo, 2015). A relação deverá ser estabelecida de forma a conquistar-se a confiança da família, disponibilizando o apoio para as suas necessidades espirituais, necessidades de esperança e a necessidade de estar próximo da PSC (Adams et al., 2017).

Puggina et al. (2014) referem igualmente que “(...) cuidar da família implica perceber o outro nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações (...)” (pág.278), perspetivando-se que a comunicação entre o enfermeiro e a família deva ser holística, não se limitando à mera transmissão de informação (Adams et al., 2017). Será, assim, através desta comunicação que o enfermeiro irá estabelecer uma relação com a família baseada na confiança (Adams et al., 2017), constituindo-se um fator importante na formação de um vínculo (Puggina et al., 2014). Nos estudos de Hsiao et al. (2016), Adams et al. (2017) e Yildirim e Özlü (2018), a família atribui grande relevância à comunicação com o enfermeiro. Hsiao et al. (2016) e Adams et al. (2017) referem que esta se constitui uma das principais necessidades da família da PSC em contexto de SU e de UCI (respectivamente); Yildirim e Özlü (2018) referem que a importância atribuída à comunicação se deve ao facto de esta ser a forma usada pela família para expressar as suas emoções, pensamentos e necessidades. Assim, a habilidade de se comunicar com o outro é uma qualidade importante do enfermeiro,

devendo este estar sensível para a comunicação verbal e não-verbal¹⁴, apresentando capacidade para escutar ativamente e usar uma linguagem clara e acessível (Pelazza, Simoni, Freitas, Da Silva, & Da Silva, 2015). O enfermeiro deve, então, recorrer a técnicas de comunicação construtivas e eficazes, a fim de atender às necessidades dos familiares da PSC (Yildirim & Özlü, 2018). O estudo realizado por Adams, Anderson, Docherty e Steinhauer (2014) evidencia a importância do tipo de comunicação e da qualidade da relação estabelecidas entre o enfermeiro e a família, enquanto influência positiva na forma como esta vive esta transição situacional. Neste estudo são identificados pela família, relativamente ao enfermeiro, como fatores favoráveis na sua experiência: a preocupação pelo seu estado físico, emocional, psicossocial e espiritual; o encorajamento da expressão de sentimentos; serem ouvidos; sentirem que são tidos em consideração nos cuidados; o enfermeiro ser empático e, no seu apoio à tomada de decisão pela família, não basear a sua intervenção em juízos de valor¹⁵ (Adams, Anderson, Docherty, & Steinhauer, 2014).

O desenvolvimento de competências para o estabelecimento de uma comunicação eficaz é, então, essencial, uma vez que este tipo de comunicação ajuda a família a compreender melhor a situação da PSC, reduzindo a sua ansiedade (Adams et al., 2017). O recurso à formação na área de comunicação é, assim, fundamental, sobretudo relativamente a técnicas de comunicação terapêutica. Segundo Riley (2012) as técnicas de comunicação terapêutica são: *escuta*, através do não-verbal demonstrar interesse pela informação que outro fornece; *silêncio*, através de períodos de não-verbal demonstrar que se aceita o outro; *estabelecimento de orientações*, fornecimento de orientações sobre o que se espera do outro; *comentários abertos*, comentários generalistas em que se incentiva o outro a decidir o tema de conversa ou se encoraja o outro a continuar; *redução da distância*, através da diminuição da distância física, demonstrar ao outro que se quer estar envolvido; *consideração*, reconhecer a importância do outro na interação que se estabeleceu; *recapitulação*, repetição da ideia transmitida pelo outro, procurando validá-la; *reflexão*, remeter ao

¹⁴ Puggina et al. (2014) referem que a comunicação vai para além das palavras, contemplando gestos, silêncios, expressões faciais, movimentos do corpo e distâncias; considerando a comunicação como um processo bidirecional dependente do emissor e do recetor, o enfermeiro, no cuidar da família, deverá, então, estar atento à comunicação verbal e não-verbal. Segundo Riley (2012), a comunicação não-verbal diz respeito a movimentos dos olhos, expressões faciais e linguagem corporal, já a comunicação verbal refere-se a palavras, tom de voz e ritmo de fala.

¹⁵ Esta característica assume grande importância, sendo abordada no CDE, em que o enfermeiro deverá “Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e filosofia de vida” (alínea e), artigo 102º, pág. 8102).

outro as suas ideias, sentimentos e questões, para que reconheça a sua importância; *clarificação*, pedir informação adicional para compreender a mensagem recebida, o que demonstra interesse em compreender o outro; *validação consensual*, demonstrar interesse em compreender o outro através da compreensão do significado de alguns sinais e/ou conotação de palavras; *focalização*, direcionar a conversa para um tema específico ou incentivar o desenvolvimento de uma determinada ideia, através de questões ou comentários; *síntese*, sistematização das principais ideias discutidas, ajudando o outro a identificar o que foi relevante; *planeamento*, decisão mútua dos intervenientes sobre o objetivo e direção de futuras interações. Estas técnicas irão facilitar o processo de estabelecimento da Relação Terapêutica, contribuindo para que a comunicação com a família seja clara, não ambígua e promovendo a redução do seu sofrimento e o restabelecimento do seu equilíbrio (Adams et al., 2017). A importância do desenvolvimento destas competências encontra-se espelhada no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, sendo consideradas um contributo major para a gestão da comunicação que se estabelece com a família, dado que permite adaptar a comunicação à complexidade da situação, sendo por isso simultaneamente facilitadores e fundamentais para o desenvolvimento da relação com a família, que se perspetiva terapêutica (OE, 2010b).

A relação e comunicação terapêuticas emergem como estratégias importantes na intervenção do enfermeiro, promovendo a qualidade dos cuidados prestados à família e permitindo uma maior compreensão do processo vivido por esta (Lima et al., 2015). No recurso a estas estratégias, é necessário que o enfermeiro reconheça as suas próprias necessidades, limitações e o seu potencial para compreender o sofrimento da família (Lima et al., 2015). Desta forma, é-lhe possível conhecer a situação que a família está a viver, de forma a compreender o impacto que tem na unidade familiar e, individualmente, em cada um dos elementos. Para tal, é importante o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, sobretudo num contexto em que "(...) os cuidados de enfermagem costumam ser vistos associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe acções complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto no doente e família (...)" (Sá et al., 2015, pág.32). A aposta na

formação profissional contínua assume-se vital, indo ao encontro da alínea c) do artigo 109º do CDE, relativo à excelência do exercício.

Em suma, no que concerne à família da PSC, há que ter em consideração a dinâmica das relações familiares e as consequências que a condição de saúde/doença da PSC trazem para esta unidade familiar. Torna-se imperativo o estabelecimento de uma Relação Terapêutica, visto que da transição situacional que a família se encontra a viver emerge um conjunto de necessidades afetadas e que requerem intervenção de Enfermagem perspetivando a sua adaptação e, logo, uma transição saudável. No planeamento da intervenção face à família, o enfermeiro deverá mobilizar competências relacionais e comunicacionais, que permitirão conhecer e compreender o impacto que o processo de transição constitui, contribuindo para a elaboração de um plano de intervenção adequado que vise satisfazer as necessidades que deste processo emergem (Pontes et al., 2008), não esquecendo que, em simultâneo, permite que o enfermeiro se dê a conhecer à família, o que contribui para uma intervenção mais efetiva (Riley, 2012).

2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO

No presente capítulo irá ser explorado o percurso de aprendizagem e desenvolvimento realizado durante os estágios.

Apesar de durante o segundo semestre, na elaboração do Projeto de Estágio, terem sido definidos objetivos e planeadas atividades, foi necessária uma reformulação tendo em consideração o local de estágio. As atividades planeadas e concretizadas permitiram desenvolver competências definidas pela OE para esta área de especialidade, como também as comuns.

Durante todo o percurso de estágio foram várias as oportunidades de aprendizagem que surgiram, derivando não só das atividades propostas, mas também fora do que estava planeado, a partir do contexto prático; refiro-me, por exemplo, à elaboração do Estudo de Caso e dos Jornais de Aprendizagem. Se este percurso trouxe estas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento, em muito foi devido ao facto de perante as dificuldades que surgiram ter implementado estratégias que visavam superá-las. Assim, neste capítulo, serão também apresentadas as principais dificuldades e as estratégias implementadas para as ultrapassar.

Cada contexto será apresentado de forma individual; primeiramente serão apresentadas as competências específicas e posteriormente as comuns, uma vez que foi a partir do desenvolvimento das primeiras que muitas vezes partiu a oportunidade para o desenvolvimento das segundas. Apesar de serem focadas estas duas “categorias”, implicitamente foram também desenvolvidas as competências para adquirir o grau de Mestre (segundo os Descritores de Dublin¹⁶ que qualificam o 2º ciclo de formação). Será também contemplada uma descrição do serviço com o intuito de enquadrar o percurso realizado.

Para a realização dos estágios em UCI e em SU foi definido como objetivo geral: *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, legais e relacionais para a prestação de cuidados especializados de Enfermagem à PSC, com enfoque na promoção da Relação Terapêutica com a Família*. No que respeita aos objetivos específicos, foram definidos dois: o primeiro com maior enfoque no desenvolvimento das competências para posterior atribuição do título de mestre e especialista, e o

¹⁶ Segundo o Decreto-Lei N.74/2006 de 24 de março de 2006, as competências de mestre são: conhecimento e capacidade de compreensão; aplicação de conhecimentos e compreensão; realização de julgamento/tomada de decisões; comunicação; competências de autoaprendizagem.

segundo mais direcionado ao tema do projeto, procurando enquadrá-lo/integrá-lo nos contextos de estágio. Apresentam-se seguidamente os objetivos específicos: *Prestar cuidados especializados à PSC e Família; Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à Família da PSC.*

2.1. Unidade de Cuidados Intensivos

A UCI onde se realizou o estágio pertence a um Centro Hospitalar da região de Lisboa. A sua missão é prestar cuidados diferenciados, dando resposta às necessidades da PSC de falência de um ou mais órgãos ou sistemas, com apoio tecnológico e de cuidados permanentes, recebendo utentes de cirurgia programada ou de urgência, com sépsis grave, com insuficiência renal ou com patologia respiratória crónica agudizada que necessitam de suporte ventilatório. É classificada como de nível III¹⁷, recebendo utentes do foro médico ou cirúrgico que necessitem de cuidados diferenciados de alto grau de complexidade devido à sua instabilidade hemodinâmica. Apresenta capacidade para o internamento de quatro utentes, sendo que entre cada unidade se mantém uma distância mínima de um metro, pelo que esta distância assegurada vai ao encontro das “Recomendações para as Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções dependentes das Vias de Transmissão” do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

A avaliação do TISS¹⁸, escala que permite mesurar a gravidade da doença crítica e a carga de trabalho de Enfermagem (Padilha et al., 2005), tem um espaço reservado na folha de registo de Enfermagem de cada utente. Apesar de ser avaliado diariamente, em turnos de maior agitação e que não permitem o rápido acesso a este registo, esta avaliação é subvalorizada e não é tida em consideração aquando da atribuição dos enfermeiros aos utentes internados. Desta forma, a atribuição é feita primeiro de acordo com o número de utentes internados e depois de acordo com a

¹⁷ Segundo Penedo et al. (2013), a Unidade de Nível III “Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; Deve constituir o Serviço ou Unidade exigida aos hospitais com Urgência Polivalente” (pág. 58).

¹⁸ O TISS surgiu em 1974, desenvolvido por Cullen; é uma escala utilizada em contexto de UCI com o objetivo de quantificar as intervenções terapêuticas segundo a sua complexidade, grau de invasividade e tempo despendido pelo enfermeiro para a sua realização, medindo assim o investimento terapêutico (Padilha et al., 2005).

sua instabilidade¹⁹, segundo a avaliação da enfermeira chefe ou do enfermeiro segundo elemento²⁰ ou do enfermeiro chefe de equipa. No que concerne aos rácios, o rácio enfermeiro:utente nesta UCI é 1:2 ou 1:1. Segundo a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da OE (2014), recomenda-se que no mínimo deverá existir um enfermeiro para cada dois utentes; já segundo a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos²¹, o rácio recomendado para uma UCI de nível III é 1:1 (OE, 2014). Desta forma, poderá concluir-se que a não utilização o TISS nem dos consequentes índices de gravidade²², não assume grande relevância neste aspeto em particular, uma vez que a atribuição acaba por ter em consideração o estado do utente e os cuidados que este necessita, favorecendo que o rácio praticado na UCI vá ao encontro do que está preconizado como sendo uma dotação segura²³. Contudo, importa referir que o TISS, para além da sua utilização neste contexto de gestão de recursos para os cuidados (Direcção-Geral da Saúde, 2003), é também considerado como critério da avaliação contínua da qualidade, podendo também ser um contributo, por exemplo, na realização de trabalhos de investigação, uma vez que, através dos índices de gravidade, permite: avaliar o desempenho da UCI; comparar a mortalidade observada com a mortalidade esperada; avaliar (de modo indireto) a relação custo/benefício de determinados procedimentos em utentes em diversos estadios da doença (Padilha et al., 2009). Desta forma, e porque o TISS é uma ferramenta com este grau de utilidade e importância, a sua avaliação deveria de ser integrada nas avaliações realizadas diariamente.

Por fim, considero importante analisar a UCI tendo por base algumas normas, orientações e planos definidos pela Direcção-Geral da Saúde (DGS). Desta forma, constatou-se que a medicação pertencente ao stock do serviço se encontra

¹⁹ Assim, se existirem quatro utentes o rácio será 1:2. Se existirem três utentes, um enfermeiro fica responsável pelos cuidados a dois utentes e outro enfermeiro responsável por um (este utente, em princípio, será o que se encontra mais instável).

²⁰ A avaliação realizada por este enfermeiro vai ao encontro das competências relativas ao *"Domínio da Gestão de Cuidados"* (OE, 2010a), uma vez que otimiza o trabalho da equipa de Enfermagem adequando os recursos às necessidades de cuidados.

²¹ A Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica as UCI de acordo com 3 níveis, sendo que esta é a classificação adotada pela Direcção-Geral da Saúde em Portugal (OE, 2014).

²² Os índices de gravidade permitem: estratificar os utentes de acordo com a gravidade da doença e prognóstico; acompanhar a evolução e a resposta do utente à terapêutica instituída; comparar a evolução de utentes semelhantes submetidos a tratamentos diversos; entre outros (Padilha, Sousa, Silva, & Rodrigues, 2009). Está diretamente relacionado com o TISS, uma vez que dependendo deste, os utentes são classificados em quatro grupos (as classes de Cullen), consoante a necessidade de vigilância de cuidados intensivos (Dias, 2010).

²³ "A dotação adequada de recursos de enfermagem refere-se à correta dotação de enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros ou equivalentes em tempo integral) e em qualidade (experiência/formação dos enfermeiros) face às necessidades dos clientes, sendo uma das condições favoráveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados" (Freitas & Parreira, 2013, pág 172).

organizada e acondicionada segundo a Orientação nº 014/2015 de 17/12/2015 (DGS, 2015b), verificando-se que: a medicação encontra-se devidamente rotulada, as ampolas com apresentação idêntica estão espaçadas entre si, a medicação que necessita de frio está acondicionada em frigorífico próprio (com controlo e registo diário da temperatura, pelo chefe de equipa de Enfermagem), os opiáceos estão acondicionados em cofre fechado (com controlo e registo dos consumos, realizado todos os turnos pelo chefe de equipa de Enfermagem). Conclui-se, assim, que com estas medidas se vai ao encontro do objetivo *Aumentar a segurança na utilização da medicação*, definido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015). Ainda no que diz respeito ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015), são realizadas as escalas de Braden (avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão) e de Morse (avaliação do risco de queda), pelo que a com a sua realização concretizam-se os objetivos seis (prevenir a ocorrência de quedas) e sete (prevenir a ocorrência de úlceras de pressão) definidos neste plano.

Por fim, esta UCI participa na Campanha Nacional de Higiene das Mãos da DGS, existindo dois enfermeiros nomeados elos de ligação ao GCL PPCIRA, sendo responsáveis pela formação da equipa multidisciplinar relativamente à higienização das mãos. Com intuito de serem cumpridos os cinco momentos para a higienização das mãos, de acordo com a Circular Normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010 (DGS, 2010), a solução antisséptica de base alcoólica encontra-se disponível em todas as unidades de utentes, bem como outros locais (estratégicos²⁴).

2.1.1. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC

No que respeita à competência “*Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”, considero pertinente referir que a minha experiência profissional em UCI de cerca de um ano foi um facilitador, uma vez que me permitiu estar desperta para os pormenores dos acontecimentos, não me deixando afetar pelo ambiente altamente tecnológico e característico destes serviços, ou até

²⁴ Segundo a Circular Normativa nº 13/DQS/DSD da DGS, relativa a *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*, os produtos para a higienização das mãos deverão ser “(...) em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos” (pág. 1).

mesmo pela instabilidade hemodinâmica dos utentes que muitas vezes é súbita. O facto de esta UCI receber utentes do foro respiratório permitiu-me estar em contacto com técnicas e equipamentos com quais não estou familiarizada (como cateter Hickman²⁵, oxigénio de alto fluxo por cânula nasal²⁶). Desta forma, foi necessário recorrer a uma revisão teórica, pesquisando e seleccionando a melhor evidência, não só acerca dos processos patológicos vividos pelos utentes, mas também das intervenções, técnicas e equipamentos que poderiam dar resposta às necessidades que emergiam desses processos. A articulação entre a componente teórica com contexto prático dos cuidados contribuiu para que, progressivamente, estivesse mais segura na tomada de decisão e aprimorasse a execução de cuidados técnicos de alta complexidade, procurando integrar normas, protocolos e orientações clínicas do serviço. Para além disso, e devido à minha experiência prévia neste contexto, estive mais focada em observar e analisar de forma reflexiva as práticas de cuidados, constatando que estas se adaptam segundo as particularidades de cada serviço e, obviamente, às necessidades dos utentes.

Durante o estágio na UCI viveu-se um período atípico, em que o número de utentes internados foi inferior ao esperado. Procurei tornar esta dificuldade em algo positivo, pelo que assim encarei-a como uma possibilidade de prestar cuidados segundo um rácio 1:1²⁷. Assim, estar responsável pelos cuidados de apenas um utente foi muito importante, permitindo estar mais atenta aos sinais que refletiam que o utente entubado e sedado tinha dor²⁸, ou até mesmo reconhecer as alterações do seu estado hemodinâmico aquando da visita de familiares. Sobretudo, permitiu-me estar mais atenta à família e às suas necessidades emergentes, dado que me pude focar no estabelecimento e fortalecimento de uma relação terapêutica com esta. Assim, se o

²⁵ O cateter de Hickman é um cateter venoso central de longa duração semi-implantável, que permite a administração simultânea de diversas infusões (Zerati, Wolosker, de Luccia, & Puech-Leão, 2017). Na UCI os utentes com este cateter implantado tinham como antecedente HTP; a terapêutica que faziam era o epoprostenol, que devido à curta semivida tinha de ser administrado em perfusão contínua, pelo que no domicílio estes utentes utilizam uma seringa infusora portátil.

²⁶ O oxigénio de alto fluxo por cânula nasal é uma técnica na qual o oxigénio é aquecido e humidificado, sendo administrado por cânula nasal a fluxos elevados (60l/min) (Freitas, Silva, Souza, & Carvalho, 2016). Utilizado em situações de hipoxémia, esta técnica tem como vantagens: lavagem de espaço morto anatómico, efeito de pressão positiva das vias aéreas em todo o ciclo respiratório (que pode contribuir para um recrutamento alveolar), melhoria da depuração mucociliar (Freitas et al., 2016). O facto de ser possível de ser administrado por cânula nasal faz com que seja mais confortável e, logo, mais bem tolerado pelos utentes.

²⁷ Rácio recomendado para as UCI de nível III pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos (OE, 2014).

²⁸ Por vezes o utente que se encontra sedado apresenta períodos de agitação devido a dor. Esta agitação, por sua vez, conduz a períodos de desadaptação do ventilador. Desta forma, não será imediatamente necessário recorrer a um incremento da sedação, recorrendo antes a medidas não farmacológicas (como massagem de relaxamento e alternância de decúbito) associadas a medidas farmacológicas para alívio da dor, ficando o utente mais confortável e, logo, mais calmo.

período atípico vivido na UCI poderia ser uma dificuldade, tornei-o antes numa estratégia, procurando desenvolver o que me tinha proposto em relação ao meu projeto. Tive a oportunidade de acompanhar uma situação de cuidados em que o declínio da situação clínica de um utente despoletou sentimentos de ansiedade e preocupação no seu familiar, pelo que, conseqüentemente, surgiram necessidades²⁹ (a mais expressada pelo familiar foi a *Informação*). Esta situação foi importante para o meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento na medida em que pude constatar na prática de cuidados que a comunicação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o familiar é uma mais-valia para a situação que este último vive. Refleti sobre essa situação, articulando com o conhecimento teórico relativo à importância da comunicação terapêutica, enquanto suporte da Relação Terapêutica, na satisfação das necessidades da família da PSC, tendo para esse efeito elaborado um Jornal de Aprendizagem, recorrendo ao ciclo reflexivo de Gibbs³⁰. Uma vez que, de acordo com a ESEL, o objetivo do Jornal de Aprendizagem era analisar uma situação de cuidados na perspetiva da pessoa, família ou outros significativos e, em particular, do enfermeiro, considero que a elaboração deste trabalho contribuiu para o desenvolvimento das competências necessárias para um pensamento crítico. A reflexão é uma mais-valia do pensamento, permitindo chegar a um ponto diferente do de partida, sendo o ganho fazer inferências. Desta forma, penso ter ido ao encontro do que Lai (2011) refere enquanto constituintes de um pensamento crítico, pelo que procurei olhar para a realidade, compreender as ideias inicialmente expressas, analisá-las e fazer um juízo de valor. Ainda segundo as premissas deste autor, procurei olhar para a situação segundo diferentes perspetivas, o que permitiu mais ganhos, que se refletiram numa maior aprendizagem sobretudo de mim própria e do meu pensamento (Lai, 2011). Desta forma, através da comunicação terapêutica favoreceu-se o estabelecimento de uma relação com o familiar que permitiu conhecer e compreender a sua perspetiva dos acontecimentos, bem como identificar as suas necessidades e delinear um plano de intervenção.

²⁹ As necessidades da família em contexto de UCI são abordadas na pág. 5 e 6 do presente relatório.

³⁰ O Jornal de Aprendizagem foi feito segundo o ciclo reflexivo de Gibbs, uma vez que é a forma de estruturação da reflexão que estou mais familiarizada. Este ciclo leva a pessoa a refletir segundo seis etapas: O que aconteceu?; Quais os sentimentos e o que estava a pensar?; O que foi bom e o que foi mau?; Qual o sentido que se dá à situação vivida?; O que se poderia fazer de diferente?; Se acontecesse de novo, o que faria? (Gibbs, 1988).

Dada a possibilidade em me focar em apenas um utente e nas suas necessidades, pude dedicar-me em conhecer a relação que um utente com HTP estabelecia com a sua família e compreender o impacto que esta tinha na sua vida diária (já limitada pela HTP). Tive, assim, oportunidade de desenvolver competências ao nível da gestão de medos e ansiedades relativas ao impacto da doença no dia-a-dia deste utente, sobretudo no facto do utente se sentir um obstáculo na vida da família (e por isso tentar não recorrer à sua ajuda), compreendendo a relação entre estes sentimentos e o papel da família para os apaziguar. Neste caso em específico, em que pude acompanhar o utente (e a família) durante todo o período de internamento, constatei muito do que tinha encontrado na literatura (durante a elaboração do Projeto de Estágio) sobre a importância da família na recuperação da PSC e as necessidades que esta família apresenta e que emergem da condição de saúde/doença da PSC. Tendo sempre em consideração que o utente era a minha prioridade, pude acompanhar a família nas suas perturbações emocionais, recorrendo a técnicas de comunicação terapêutica, especialmente *comentários abertos* e *clarificação*³¹, que suportassem o estabelecimento de uma Relação Terapêutica (OE, 2011). As principais dificuldades sentidas ao nível do recurso a estas técnicas relacionaram-se com a “*redução da distância*”, uma vez que poderia dar a ideia errada, ao utente e sua família, de estar a ser intrusiva naquelas que eram questões particulares da sua vida familiar. O facto de me poder focar nesta família durante alguns turnos ajudou a colmatar esta limitação na comunicação que se pretendia terapêutica. Foi assim possível compreender a perspetiva da esposa do utente que, sendo a pessoa de referência, era quem lhe dava maior apoio nas suas atividades de vida diária; sendo igualmente possível, no decorrer da relação com ela, identificar o seu sentimento de exaustão face à HTP e o sentimento de culpa por se sentir exausta (que a própria verbalizou).

Foi assim, em conjunto com o utente e a família, possível identificar as necessidades emergentes e posteriormente apresentar-lhes recursos da instituição³² que visassem a sua satisfação. Desta forma, perspetivou-se o encaminhamento do utente e da família para a Unidade de Medicina Paliativa, uma vez que existe uma

³¹ O recurso em específico a estas duas técnicas permitiu que a família se sentisse confortável para abordar os temas que queriam, possibilitando esclarecer algumas dúvidas que me iam surgindo, permitindo-me compreender a sua perspetiva.

³² Durante o segundo semestre foram realizadas visitas a campo à instituição hospitalar a que a UCI pertence, o que possibilitou conhecer alguns recursos disponíveis, nomeadamente a Unidade de Medicina Paliativa.

consulta de acompanhamento do utente com doença crónica e sua família; a equipa multidisciplinar deste serviço procura fornecer apoio e suporte, ajudando o utente e família a desenvolver estratégias de adaptação e gestão da doença, com o objetivo de manterem a sua qualidade de vida a par das limitações e repercussões da doença. Esta situação (prolongada) de cuidados serviu de base para a elaboração de um Estudo de Caso, cujo objetivo definido foi analisar uma situação de cuidados segundo os pressupostos da Teoria das Transições (Meleis et al., 2000). Assim, foram mobilizados e desenvolvidos os conceitos relativos à HTP e o seu impacto na qualidade de vida³³ (do utente e da sua família), articulando essas particularidades com a Teoria das Transições. Esta teoria ajudou na compreensão do modo como o utente e sua família se adaptam não só ao diagnóstico bem como a outras limitações inerentes à HTP, nomeadamente alteração do estilo e qualidade de vida; não se limitando a avaliar a situação particular vivida pelo utente e família, esta teoria permitiu conhecer os recursos que poderiam facilitar o processo de transição e, logo, delinear intervenções perspetivando uma transição saudável. A elaboração deste trabalho foi importante na medida em que, ao avaliar a PSC e a família, tendo em consideração todas as dimensões a elas inerentes, conseguiu-se objetivar a compreensão do processo de transição vivido e delinear um plano de intervenção que visasse promover resultados que se traduzissem em melhoria na qualidade de vida. Foi assim, através da elaboração deste trabalho, que se identificou a Unidade de Medicina Paliativa.

A competência “*Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima*” foi inicialmente encarada com alguma dificuldade, uma vez que considerei mais relacionada com o contexto de SU. Desta forma, uma das estratégias para desenvolver esta competência, e com o objetivo de estar preparada para eventuais situações de emergência interna, foi conhecer a constituição do carro de urgência (bem como o procedimento de verificação deste e do desfibrilhador), mas também conhecer o plano de emergência interno. Assim sendo, em situações de emergência (por exemplo, incêndio) existe um contacto telefónico definido, comum a todo o hospital, que será atendido na central telefónica deste. O administrativo que atende

³³ Os sintomas físicos (dispneia, fadiga, dor no peito, síncope e edema periférico) e os sintomas psicológicos (ansiedade, depressão, ataques de pânico) da HTP têm impacto em determinados aspetos da vida da pessoa portadora da doença, como nas atividades diárias, no emprego, nas relações interpessoais e no seu estado emocional (Zhai et al., 2017). O impacto destes sintomas, não só em termos físicos como emocionais, afeta negativamente a qualidade de vida (Delcroix & Howard, 2015).

esta chamada aciona a cadeia de responsáveis (de acordo com o protocolo de atuação) e os respetivos meios de socorro; os serviços de internamento afetados ou em risco são avisados e seguem o respetivo protocolo.

Ainda no que concerne a situações de emergência, tomei conhecimento que perante uma situação destas será o chefe de equipa de Enfermagem que define a ordem de evacuação dos utentes. A experiência que tenho do meu local de trabalho é diferente; todos os dias faz-se uma avaliação dos utentes internados sendo classificados segundo quatro grupos, estando atribuído a cada grupo um lugar na ordem de evacuação³⁴. Em meu entender, a classificação é um fator facilitador na medida em que cada enfermeiro tem conhecimento, de antemão, da prioridade de evacuação de cada utente a quem presta cuidados, sendo mais fácil agilizar esse processo e deixando o chefe de equipa livre para a gestão de outros aspetos. Considero que a partilha desta minha experiência com o enfermeiro orientador foi importante, pois dei a conhecer uma outra forma de atuação em situações de emergência, que poderá eventualmente ser tida em consideração na realidade de cuidados da UCI.

Por fim, no que concerne à competência “*Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica*”, procurei aprofundar os meus conhecimentos sobre as normas relativas às *Bundles*³⁵ do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da DGS e integrá-las na minha prestação de cuidados. Por exemplo, no caso de utentes conectados a prótese ventilatória mecânica, mantive a cabeceira do leito com um ângulo igual ou superior a trinta graus e prestei cuidados de higiene à cavidade oral com cloro-hexidina a 0.2%. De igual modo, procurei conhecer e ter em consideração nas minhas intervenções as normas/orientações específicas do GCL PPCIRA, por exemplo, ter em consideração os tipos de isolamento e as respetivas medidas³⁶.

³⁴ A classificação utilizada é adaptada da classificação apresentada no artigo *Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: ¿un nuevo indicador de calidad?* (Sánchez-Palacios et al., 2010).

³⁵ As *Bundles* “(...) são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente” (Norma 019/2015, DGS, 2015a, pág.6). Existem quatro *Bundles*: prevenção da pneumonia associada à intubação, prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central, prevenção da infeção do local cirúrgico e prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical.

³⁶ Por exemplo, em situações de isolamento de *Contacto* deverá utilizar-se, se necessário, máscara cirúrgica, contudo, em situações de isolamento *Aéreo* deverá utilizar-se máscara com respirador de partículas.

Nesta UCI as práticas para prevenir as infeções vão além das recomendações que referi, uma vez que os enfermeiros procuram ativamente estar a par da evidência mais recente para sustentar os cuidados que prestam. Desta forma, constatei que realizam entubação orogástrica em vez de nasogástrica, para prevenir as lesões internas do nariz e possíveis infeções que daí advenham. As lesões do nariz associadas à entubação nasogástrica estão relacionadas com a humidade e atrito local, exigindo cuidado na fixação da sonda na face do utente de forma a esta não ser tracionada (Unamuno & Marchini, 2002). De acordo com a experiência que tive, a entubação orogástrica permite que a fixação da sonda seja feita com fio de nastro (não sendo necessário recorrer a fita adesiva, que é habitual na fixação da sonda via nasal), pelo que é possível proteger a pele que está em contacto com o fio de nastro, seja com aplicação de compressa de proteção ou através da aplicação de tópicos. Outra vantagem é a possibilidade de se alternar a posição de fixação da sonda (mais perto da comissura esquerda ou da comissura direita), o que no caso da narina não é possível devido à sua área mais limitada. Esta prática despoletou a minha atenção porque na UCI onde trabalho, e em que a grande maioria dos utentes são do foro da cirurgia geral, a entubação é sempre nasogástrica; pude assim levar um pouco da experiência desta UCI para o meu local de trabalho, procurando despertar o interesse dos meus colegas para outras práticas de cuidados que poderão contribuir para a prevenção e controlo de infeções.

2.1.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Nas competências do “*Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*”, remeto para a análise das minhas práticas tendo em consideração o CDE. Recordo o (estudo de) caso do utente com HTP e sua família, em que no decorrer do internamento identifiquei que a esposa, a pessoa de referência, verbalizou sentir-se exausta e, simultaneamente, culpada por esse sentimento, e em que o próprio utente manifestava preocupação por ela. Foi assim uma situação em que identifiquei uma necessidade que exigia a minha intervenção, visto que iria ter impacto na recuperação do utente e na sua qualidade de vida, bem como na da sua família; desta forma fui ao encontro do artigo 103º alínea c) do CDE. A minha intervenção face a estas necessidades (encaminhamento para o Unidade de Medicina Paliativa) refletiu, assim, a minha responsabilidade pela humanização dos cuidados, tendo em atenção o utente

na sua totalidade única, inserido numa família (CDE, alínea a) do artigo 110º), mas tendo sempre em consideração a sua privacidade e o respeito por esta (CDE, artigo 107º). Em conjunto com esta família procurei uma resolução para o problema, respeitando a sua autonomia e liberdade de escolha, deixando claro que não havia um “compromisso efetivo” em aceitar a minha proposta de resolução. Comprometi-me em procurar informações sobre a Unidade de Medicina Paliativa, indo ao encontro da alínea c) e d) do artigo 105º do CDE, fornecendo essas informações à família e respondendo às suas questões e dúvidas³⁷, para que, depois de esclarecidos, pudessem decidir se queriam recorrer a essa ajuda diferenciada. A par de tudo isto, a tomada de decisão relativa ao encaminhamento para a Unidade de Medicina Paliativa foi discutida em equipa, e apoiada pelos elementos que participaram nessa mesma discussão, por se constituir a resposta mais apropriada às necessidades (identificadas) do utente e da família.

Para além desta situação, e porque nesta UCI estiveram internados utentes de diferentes raças, etnias e religiões, procurei sempre estar atenta aos “(...) valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra (...), assumindo o dever de prestar cuidados (...) sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (CDE, alínea a) do artigo 102º).

No desenvolvimento das competências do “*Domínio da melhoria contínua da qualidade*”, foi importante conhecer o projeto institucional da UCI “*Acolhimento/acompanhamento do familiar/pessoa significativa em internamento na UCI*”. O objetivo maior deste projeto era identificar as necessidades da família da PSC, para que, com esse conhecimento, se uniformizasse a intervenção do enfermeiro, humanizando, assim, o acolhimento/acompanhamento, o que iria ser um inestimável contributo para a melhoria contínua dos cuidados prestados na UCI. Assim, deste projeto resultou a implementação das seguintes medidas: alteração e adaptação do horário de visitas às necessidades da família, criação de uma folha de registo da informação fornecida à família, atualização do guia de acolhimento e elaboração da norma *Acolhimento/acompanhamento do familiar/pessoa significativa em internamento na UCI*.

³⁷ O utente e a família queriam saber em que moldes a Unidade de Medicina Paliativa os poderia ajudar e como poderiam recorrer a ela.

Estando este projeto diretamente relacionado com o meu tema de projeto, considerou-se que a minha participação nele poderia ser importante para a minha aprendizagem e desenvolvimento. Primeiramente, participei na elaboração do questionário de avaliação de satisfação familiar, através do qual se perspetivava conhecer o grau de satisfação da família face ao acolhimento/acompanhamento durante o internamento. Através do grau de satisfação poderão, também, ser identificadas as áreas que requerem maior investimento dos profissionais na sua prática de cuidado, para melhorar a experiência da família durante o internamento, ou identificar áreas que requerem ser novamente abordadas em contexto de formação. Desta forma, inicialmente realizei uma revisão teórica, pesquisando e selecionando a melhor evidência sobre questionários de avaliação da satisfação familiar em UCI³⁸. Os resultados da pesquisa e seleção foram apresentados ao grupo de trabalho responsável pelo projeto institucional, tendo gerado momentos de discussão e reflexão conjunta sobre os tópicos que deveriam de ser avaliados e como deveriam de ser abordados, tendo sido um contributo importante para a elaboração do questionário. Futuramente, o questionário será enviado para a Direção de Enfermagem para aprovação, pelo que ao ser aprovado será apresentado à equipa multidisciplinar e posteriormente aplicado.

Posteriormente, participei no projeto institucional através da realização de uma ação de formação. Uma vez que o meu projeto de estágio remete para a Relação Terapêutica enquanto intervenção especializada na satisfação das necessidades da família da PSC, após reflexão com o enfermeiro orientador considerou-se pertinente a realização de uma ação de formação em que não só fosse abordada a Relação Terapêutica, mas também as técnicas de comunicação terapêutica que a poderiam suportar. O objetivo foi contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros na UCI no acolhimento/acompanhamento dos familiares, uma vez que as técnicas de comunicação são facilitadoras para uma comunicação terapêutica com a família e para a relação que se perspetiva estabelecer, visando a satisfação das suas necessidades. Assim, primeiramente elaborei um plano de sessão, que continha os temas a abordar para alcançar o objetivo desta, bem como a metodologia e recursos

³⁸ Da literatura consultada, foram identificados os seguintes questionários: CCFSS (Critical Care Family Satisfaction Survey), EADS-21 (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress), FS-ICU 24 (Family Satisfaction with Care in Intensive Care Unit), NMI (Needs Met Inventory).

necessários para abordar esses mesmo temas e o tempo que seria necessário; desta forma, o plano serviu de orientação e suporte para a sessão. Por outro lado, o plano ao ser dado a conhecer à equipa de Enfermagem, permitiu que os enfermeiros tivessem conhecimento não só do tema e objetivo da sessão, como também da data, local e duração da mesma. Uma vez que, de acordo com Gubert e Lenise (2011), a aprendizagem assume maior significado se a construção de saberes for feita a partir de conhecimentos prévios (o que contribui para a atribuição de significado aos saberes adquiridos), na elaboração desta ação de formação procurei então integrar o tema do meu projeto na prática de cuidados resultante do projeto institucional, estabelecendo e explicando a ligação entre a Relação Terapêutica e a satisfação das necessidades da família, de forma a que fosse um contributo para o acolhimento/acompanhamento desta. Como estratégia para fazer a ponte entre o conteúdo teórico e a prática de cuidados, apresentou-se um exemplo de um caso real, ocorrido durante o estágio. A ação de formação proporcionou um momento de discussão e reflexão entre os presentes, com partilha não só das suas opiniões mas também das suas experiências pessoais. No final da apresentação foi entregue um questionário com intuito de avaliar a pertinência do tema abordado face a prática de cuidados, sendo que foi considerado muito pertinente por todos os enfermeiros; por outro lado, o questionário permitiu avaliar o meu desempenho, de forma a identificar aspetos que pudessem ser melhorados. O questionário foi elaborado tendo por base a escala de Likert³⁹, tendo em consideração que as questões fossem facilmente compreendidas e respondidas; procurando englobar todas as possibilidades de resposta, perspetivando-se, assim, aumentar o número de respostas e a qualidade dos resultados.

Por fim, e já no término do estágio, elaborei um documento de registo sobre as necessidades identificadas da família, a ser integrado na nota de transferência. Este documento surge devido ao facto desta UCI ter ao seu dispor dois sistemas informáticos, Picis© e Glintt©, acedidos pela equipa de Enfermagem e pela equipa médica. O sistema Picis©, apenas existente neste serviço, é utilizado para a realização de registos (nota de admissão e registos de turno). O sistema Glintt©, comum a todo o hospital, é utilizado para a medicação (não só prescrição, mas

³⁹ A escala de Likert "(...)" é composta por um conjunto de frases (itens) em relação a cada uma das quais se pede ao sujeito que está a ser avaliado para manifestar o grau de concordância (...)" (Cunha, 2007, pág. 24).

também consulta e validação de administração) e para a realização de nota de transferência; recorre-se a este sistema para a nota de transferência por ser comum ao restante hospital e, logo, os outros serviços poderem aceder a esta informação. O facto de a nota de transferência ser feita num sistema informático diferente do sistema onde são realizados os registos diários, implica que o enfermeiro que a faz tenha um conhecimento global de toda a situação do utente, uma vez que não há migração de dados de um sistema para o outro. É, assim, um registo demorado, que implica disponibilidade por parte do enfermeiro, para que não seja omitida nenhuma informação ou ocorrência importantes. Por outro lado, o sistema Picis®, no que concerne à família, não apresenta nenhum item de avaliação onde se possam registar as necessidades identificadas, cabendo ao enfermeiro fazê-lo em “texto livre”. O documento elaborado iria ajudar nesta transição de registos de um sistema para o outro, uma vez que ao ser identificada a necessidade esta seria registada no documento, bem como as intervenções realizadas ou a necessidade de encaminhamento para outros profissionais (mobilização de recursos da instituição hospitalar) e se a família estaria de acordo ou não com esse encaminhamento, não exigindo assim ao enfermeiro uma consulta pormenorizada dos registos feitos ao longo de todo o internamento. Ao ser anexado à nota de transferência, este documento iria contribuir para a continuidade dos cuidados. Por outro lado, este documento iria dar visibilidade ao projeto institucional, contribuindo para que a qualidade dos cuidados iniciados na UCI se mantivesse durante o percurso do utente até ao momento da alta. Como já foi referido, este documento foi elaborado no final do estágio, e uma vez que existe um grupo de trabalho na UCI (composto por enfermeiros) responsável pelo desenvolvimento de diagnósticos e intervenções de Enfermagem no sistema Glintt® (em linguagem CIPE® ⁴⁰), de forma a ser este o sistema a ser utilizado para todo e qualquer registo de Enfermagem, não se deu continuidade ao documento, tendo, contudo, ficado disponível para a equipa.

Com o intuito de desenvolver as competências do “*Domínio da gestão de cuidados*”, colaborei nas decisões da equipa multidisciplinar, estando atenta para o reconhecimento da necessidade de reencaminhar os utentes internados para outros

⁴⁰ Segundo a OE, a CIPE “(...) foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (...) e visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros” (<http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>, acedido a 10 de Janeiro de 2018).

prestadores de cuidados, utilizando recursos de forma eficiente para promover a qualidade⁴¹. No que diz respeito a liderança e gestão de recursos, a reflexão conjunta com o enfermeiro orientador foi uma mais-valia, uma vez que em situações específicas se analisou a intencionalidade das decisões tomadas (por exemplo, a atribuição de enfermeiros aos utentes internados ou situações de gestão de conflitos).

Por último, mas não menos importante, o *“Domínio das aprendizagens profissionais”*. Para o desenvolvimento das competências inerentes a este domínio foi muito importante aliar a reflexão à minha prática de cuidados. Esta reflexão surgiu não só a título individual (como na elaboração do Jornal de Aprendizagem e do Estudo de Caso), mas também em conjunto (com os professores e enfermeiro orientadores). A reflexão contribuiu para o meu autoconhecimento e ao que a ele é inerente (como as minhas limitações), sendo que refletir sobre a ação (e não só na ação) permitiu distanciar-me dos acontecimentos, olhando para eles segundo outra perspetiva. Associada à análise reflexiva dos acontecimentos esteve a revisão da literatura, que contribuiu para a orientação e fundamentação do raciocínio expresso, o que, por sua vez, contribuiu para o desenvolvimento das competências necessárias para um pensamento crítico. Para além da análise das situações reais, procurei também analisar situações fictícias em conjunto com o enfermeiro orientador; a reflexão neste contexto ajudou a colmatar o facto de, perante a fase atípica que se vivia na UCI, não ter tido a oportunidade de prestar cuidados a mais utentes. Por outro lado, permitiu perspetivar intervenções face a eventuais necessidades dos utentes internados e da sua família.

Durante todo este percurso procurei sustentar a minha prática na melhor evidência científica, recorrendo a tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados, pelo que aprofundei conhecimentos não só na temática do meu projeto mas também em novas áreas, demonstrando esses conhecimentos e aplicando-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

Outra constante durante este percurso foi a procura de oportunidades de aprendizagem, demonstrando uma atitude proactiva face ao meu processo de aprendizagem e desenvolvimento, assumindo a responsabilidade pelo rumo que este levava. Um exemplo da procura de oportunidades de aprendizagem foi ter assistido à

⁴¹ Remeto para o Estudo de Caso.

conferência *Doente Crítico'17*⁴² e ao 11º *Simpósio de Enfermagem - Impacto da Comunicação na Qualidade dos Cuidados*⁴³. Na conferência *Doente Crítico'17* foram abordados temas intimamente ligados à área de especialização da PSC, tendo havido ocasião de discutir a pertinência da especialidade de Enfermagem nesta área, em que um enfermeiro (com vários anos de experiência profissional em contexto de SU) referiu que esta formação avançada não lhe havia dado nada de novo para o seu exercício prático. A discussão gerada após este comentário fez-me refletir sobre as reais razões que me fizeram investir na minha formação a este nível. Muito além de um título académico/profissional, são as grandes diferenças que identifico na minha prática profissional que fazem constatar a importância de todo este percurso, sobretudo ao nível da minha capacidade de refletir sobre as situações de cuidados de forma a torná-las um momento de aprendizagem e de melhorar a qualidade dos cuidados que presto, procurando a excelência na minha intervenção (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, artigo 109º). Por sua vez, no 11º *Simpósio de Enfermagem - Impacto da Comunicação na Qualidade dos Cuidados*, pude aprofundar conhecimentos através das experiências de outros enfermeiros (de diferentes áreas), o que permitiu constatar que a comunicação é muito mais do que um veículo de transmissão de informação, é o suporte para a relação que estabelecemos com os sujeitos dos nossos cuidados, comum a todas as áreas onde a Enfermagem é exercida. Pude assim ficar desperta para algumas estratégias utilizadas aquando na interação com a família, sobretudo em situações de fim de vida e de comunicação de más notícias, em que é necessário o enfermeiro estar preparado para o fazer mas também sentir-se preparado. O *estar preparado* remete não só para a necessidade de se ter conhecimento da situação em causa mas também de técnicas para a comunicação de más notícias, uma vez que não só as más notícias, mas também a forma como estas são dadas, têm impacto psicológico em quem as recebe; com o objetivo de dar este tipo de notícias da melhor maneira possível, de forma a melhorar as práticas dos profissionais, foram desenvolvidas estratégias como o protocolo SPIKES⁴⁴ (Dean & Willis, 2016). Por sua vez, o sentir-se preparado remete para o

⁴² <http://www.doentecritico2017.pt/>

⁴³ <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/profissionais-formacao/11-simposio-de-enfermagem/>

⁴⁴ Desenvolvido por Baile et al. (2000) para dar informações desfavoráveis a pessoas com cancro, o protocolo SPIKES consiste em seis etapas, em que a finalidade é capacitar o profissional para cumprir os quatro objetivos mais importantes da comunicação de más notícias: reunir informações da pessoa, transmitir a informação clínica, fornecer apoio e induzir a colaboração da pessoa no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro.

plano emocional, a situação de vulnerabilidade que os enfermeiros poderão viver devido ao facto de, no contexto de prestação de cuidados, estarem perante a vulnerabilidade de outros (Carel, 2009)⁴⁵.

2.2. Serviço de Urgência

O SU onde foi realizado o estágio pertence ao mesmo Centro Hospitalar da UCI onde se realizou o estágio anterior. A sua missão caracteriza-se pela prestação de cuidados de saúde a todo e qualquer utente que a ele recorra, garantindo o atendimento nas áreas médica e cirúrgica, constituindo-se um dos pólos da Urgência Metropolitana de Lisboa na área da ARSLVT, sendo classificado como polivalente e centro de trauma⁴⁶. É constituído por duas áreas: a de internamento, que corresponde ao SO, e a de urgência, que por sua vez é constituída por diversos sectores (triagem, sector “verde”, sector “amarelo”, sector “laranja”, reanimação, pequena cirurgia, sala de aerossóis, gabinete de Ortopedia, gabinete de Psiquiatria, gabinete de ORL/Oftalmologia). A equipa de Enfermagem é comum a estas duas áreas.

Por norma, os utentes que se encontram em situação crítica, dado se encontrarem numa situação com risco eminente de vida (OE, 2010b) e porque necessitam de maior vigilância, são admitidos imediatamente na sala de reanimação ou no SO (ao invés de primeiramente se inscreverem no SU e depois serem triados), pelo que posteriormente, após avaliação inicial e estabilização, poderão permanecer nestes locais ou serem transferidos.

Devido à complexidade da situação de saúde/doença da PSC, a sala de reanimação 1 (a de maior dimensão) tem capacidade para dois utentes, apresentando

⁴⁵ Carel (2009) refere que apesar de não padecerem da doença, os enfermeiros testemunham diária e continuamente o sofrimento de terceiros, estando envolvidos no processo de cuidados que visa dar resposta às necessidades que dessa doença emergem. Assim, a autora caracteriza esta vulnerabilidade como uma suscetibilidade que os enfermeiros apresentam devido ao facto de viverem, com frequência, situações de dor, morte, doença, raiva, ansiedade e sofrimento, correndo o risco de se sentirem impotentes diante de uma situação particularmente agressiva, de negarem emoções (como o desgosto, o tédio ou a raiva) ou experimentarem fadiga emocional. Carel (2009) afirma que todos estes exemplos são vulnerabilidades e que poderão assumir um papel significativo na interação entre enfermeiro-sujeito de cuidados, uma vez que poderão comprometer a intervenção do enfermeiro. Na minha perspetiva, é importante que o próprio enfermeiro reconheça a sua vulnerabilidade, não devendo estar mais vulnerável do que o sujeito de cuidados, para que assim reconheça e respeite a vulnerabilidade deste, procurando ter em consideração a vulnerabilidade na sua intervenção, mitigando fatores que a aumentem.

⁴⁶ De acordo com o artigo 5º do Despacho n.º 10319/2014 do Diário da República, 2ª. Série, N.º 153, “O SUP é o nível mais diferenciado de resposta a situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (pág. 20674), garantindo as mesmas valências referente ao SUMC bem como dando resposta específica a outras valências (como por exemplo, Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia digital e RMN, Medicina Intensiva, etc.). No que respeita a Centro de trauma, de acordo com o artigo 6º do mesmo despacho, a eles “(...) compete a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave” (pág. 20674).

uma distância de cerca de dois metros entre cada unidade; a sala de reanimação 2 tem capacidade para apenas um utente. Em meu entender, esta organização das salas de reanimação é uma mais-valia na medida em que, dado o facto da PSC se encontrar mais suscetível a possíveis riscos advindos da transmissão de microrganismos, minimiza-se assim a possibilidade de transmissão destes e o consequente desenvolvimento de IACS. O SO, por sua vez, apresenta capacidade para o internamento de dezasseis utentes, pelo que idealmente o tempo de internamento é de cerca de vinte e quatro horas, após as quais ou os utentes têm alta ou são transferidos (seja para outro serviço do hospital ou para outro hospital); com o objetivo de minimizar a transmissão de microrganismos, a distância entre unidades de utentes é de cerca de um metro. As distâncias asseguradas entre cada unidade de utente na sala de reanimação 1 e no SO vão ao encontro das “Recomendações para as Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções dependentes das Vias de Transmissão” do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

No que respeita a rácios, cada sala de reanimação tem um enfermeiro atribuído para a prestação de cuidados, contudo em situações complexas cabe ao enfermeiro coordenador da área da urgência mobilizar os enfermeiros dos diversos sectores com o objetivo de dar resposta às necessidades⁴⁷. No SO encontram-se alocados três enfermeiros para a prestação de cuidados; a atribuição destes aos utentes internados é feita pelo enfermeiro coordenador do SO, maioritariamente segundo um critério quantitativo, pelo que a instabilidade hemodinâmica dos utentes, ou até mesmo a necessidade de cuidados complexos, apesar de ser uma preocupação, acaba por não ser tida em consideração. O rácio enfermeiro:utente é 1:5 ou 1:6, o que poderá implicar, por exemplo, que um enfermeiro esteja responsável pelos cuidados de cinco/seis utentes que se encontram em observação, vindos do serviço de hemodinâmica e a aguardar transferência, como poderá estar responsável pelos cuidados de cinco/seis utentes em EAP. Por outro lado, o SO é dotado com capacidade para assegurar os cuidados relativos a uma UCI de nível II⁴⁸, pelo que

⁴⁷ Explicado na pág. 46, na competência “*Domínio da gestão de cuidados*”.

⁴⁸ Segundo Penedo et al. (2013), a unidade de nível II “Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica” (pág. 58).

segundo a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, o rácio recomendado é 1:1,6 (OE, 2014). Segundo a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da OE (2014) “Nos SO/Urgência considera-se uma linha de orientação centrada nas HCN, tendo o valor das Unidades de cuidados intermédios como referência mínima” (pág. 30250); seguindo esta classificação, e porque as Unidades de Cuidados Intermédios são consideradas por Penedo et al. (2013) UCI de nível I, segundo a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos o rácio recomendado é 1:3. Verifica-se, assim, que a realidade dos rácios praticados não se coaduna com as recomendações.

Apesar de considerar que a avaliação segundo o TISS poderá não ser uma opção que se coaduna com a realidade do SO, dado que se perspetiva um curto período de internamento, a atribuição de enfermeiros aos utentes poderia seguir um cariz mais qualitativo em vez de quantitativo. Uma avaliação quantitativa poderá levar à sobrecarga de um enfermeiro em detrimento dos restantes, o que terá impacto na qualidade dos cuidados, sobretudo num serviço em que o fluxo de utentes é muito grande. Assim, uma avaliação de cariz mais qualitativo dos utentes, em meu entender, assume grande relevância, sobretudo num serviço em que o rácio praticado não vai ao encontro do que está preconizado como sendo uma dotação segura. Contudo, a realidade do serviço é de facto complexa, pois a avaliação que se faz no início do turno não é definitiva, mais uma vez devido ao grande fluxo de utentes. Uma opção seria, em cada nova admissão de um utente, o enfermeiro coordenador do SO avaliar o estado de todos os utentes internados, tendo em consideração o enfermeiro por eles responsável, e responsabilizar o enfermeiro que se encontraria com os casos de menor complexidade pela admissão do novo utente. Desta forma, e apesar de não ter em consideração o rácio em termos de “número”, ter-se-ia em consideração a complexidade de cuidados exigidos pelos utentes internados, contribuindo, assim, para a qualidade destes, perspetivando-se a redução do risco e, consequentemente, do erro.

Considero importante analisar o SU tendo por base algumas das normas e orientações definidas pela DGS. Neste SU existe um sistema informático próprio para a gestão da medicação armazenada, o Pyxis®; este sistema é comum a todo o serviço, exceto nas salas de reanimação, em que se recorre primeiramente aos carros de urgência, sendo o Pyxis® utilizado quando é necessária medicação que não se

encontra disponível nestes carros. A obtenção da medicação no Pyxis© é feita através da sessão do enfermeiro que a irá administrar, partindo da prescrição médica específica de cada utente. Os “dispensadores de medicação” geridos por este sistema (e que se encontram integrados, constituindo um só equipamento) ao assumirem a medicação selecionada abrem a gaveta onde esta se encontra. Por sua vez, a medicação que não se encontra nem em carro de urgência nem no “dispensador” da Pyxis©, encontra-se acondicionada segundo a Orientação nº 014/2015 de 17/12/2015 (DGS, 2015b), verificando-se que a medicação que necessita de frio está acondicionada em frigorífico próprio (com controlo e registo diário da temperatura, pelo enfermeiro designado segundo elemento do serviço) e os opiáceos estão acondicionados em caixa fechada (com controlo e registo dos consumos, realizado todos os turnos pelo enfermeiro coordenador do SO). Conclui-se, assim, que com estas medidas se vai ao encontro do objetivo *Aumentar a segurança na utilização da medicação*, definido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015).

Por fim, o SU participa na Campanha Nacional de Higiene das Mãos, da DGS. Na equipa não existem enfermeiros nomeados elos de ligação ao GCL PPCIRA, pelo que são os enfermeiros deste grupo que assumem a responsabilidade pela formação da equipa multidisciplinar do SU relativamente à higienização das mãos. Com intuito de serem cumpridos os cinco momentos para a higienização das mãos, de acordo com a Circular Normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010 (DGS, 2010), a solução antisséptica de base alcoólica encontra-se disponível em todas as unidades de utentes, bem como em outros locais de grande afluência de profissionais e de fácil acesso.

2.2.1. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC

No que respeita à competência “*Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”, considero pertinente referir que nunca tinha prestado cuidados em contexto de SU, pelo que este estágio foi gerador de grandes expectativas. A estratégia utilizada foi falar abertamente com enfermeira orientadora expondo os meus receios⁴⁹ e, por outro lado, procurar no SU atividades que me

⁴⁹ Por exemplo, prestar cuidados a utentes politraumatizados.

fossem familiares do contexto de UCI⁵⁰. Outra estratégia para me sentir mais confortável e confiante na prestação de cuidados neste contexto foi procurar conhecer a dinâmica do serviço, como o fluxo de utentes e a organização da equipa multidisciplinar. Foi igualmente importante conhecer as patologias mais comuns, e neste aspeto remeto para a minha necessidade de explorar as Vias Verdes⁵¹. Desta forma, conhecer e compreender o algoritmo de cada uma das Vias Verdes ajudou-me a estar preparada para o percurso do utente desde o pré-hospitalar e durante o contexto hospitalar, bem como para a intervenção da equipa (em especial do enfermeiro), ajudando-me a desenvolver a minha capacidade de reação, estando progressivamente mais à vontade para tomar iniciativa na prestação de cuidados e mais confiante na tomada de decisão. A revisão teórica (com pesquisa e seleção da melhor evidência) foi um elemento fundamental na minha intervenção junto da PSC, sobretudo em situações em que as patologias ou técnicas não me eram familiares (por exemplo, síndrome de Lyell⁵² e CPAP de Boussignac⁵³), uma vez que as causas da sua condição de saúde/doença poderiam ser várias e não se limitando ao que é usual e comum, aplicando-se o mesmo aos recursos técnicos utilizados na intervenção. A par desta revisão, foi muito importante mobilizar os conhecimentos de SAV e SAV em trauma, tendo sido um desafio partir de casos práticos da formação para a realidade, em especial por estar integrada numa equipa e compreender *in situ* como esta se organizava.

Para além da prestação de cuidados, foi também importante a observação aliada à reflexão dos acontecimentos, tendo sido um contributo inestimável, uma vez que me ajudou a desenvolver um significado para os acontecimentos, sobretudo num contexto que não me era familiar. Contudo, a ausência de experiência neste contexto tornou-se num catalisador que originou uma atenção redobrada para compreender a

⁵⁰ Por exemplo, montar os circuitos dos ventiladores e realizar o seu teste, dar apoio a procedimentos como colocação de cateter venoso central ou linha arterial ou entubação oro traqueal.

⁵¹ As Vias Verdes constituem-se Sistemas de Resposta Rápida (artigo 13º do Despacho n.º 10319/2014, Diário da República, 2ª. Série, N.º 153) perante situações de AVC, síndromes coronários agudos, trauma e sépsis.

⁵² A síndrome de Lyell ou Necrólise Epidérmica Tóxica é considerada uma emergência dermatológica, que é caracteriza por uma reação mucocutânea grave, com efeito sistémico, geralmente relacionada com fármacos; está associada a grande taxa de mortalidade, requerendo por isso uma intervenção rápida por parte da equipa de saúde (Jackson & Brown, 2017).

⁵³ A CPAP constitui-se na aplicação de uma pressão positiva constante nas vias áreas durante todo o ciclo respiratório, num utente que se encontre em ventilação espontânea, sendo importante na Insuficiência Respiratória Aguda hipoxémica, reduzindo a necessidade de entubação orotraqueal (Lopez, 2016). Na minha experiência profissional, associei a CPAP a ventiladores de modalidade não invasiva, contudo em contexto de pré-hospitalar existe a possibilidade de se exercer este tipo de pressão através da adaptação da válvula de Boussignac (que se encontra aplicada numa máscara facial).

intervenção do enfermeiro. A análise reflexiva com a enfermeira orientadora, sobretudo antes da admissão dos utentes, foi importante uma vez que permitiu perspetivar o que iria acontecer; por sua vez a comunicação durante os acontecimentos ajudou a não só estar a par do que ia acontecendo, estando mais orientada na intervenção, mas também e por isso mesmo, a sentir-me progressivamente mais capacitada para contribuir com a minha experiência de outros contextos e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria cuidados⁵⁴. Esta reflexão conjunta com a enfermeira orientadora tornou-se vital no sentido de perspetivar a organização da equipa e a intervenção do enfermeiro especialista em situações que não tive a oportunidade de vivenciar, como no caso de grandes politraumatismos. Assim, foi no decorrer do desenvolvimento das competências em identificar os focos de instabilidade de utentes com monotraumas⁵⁵ que, apesar de não prestar cuidados a grandes politraumatizados, pude, no entanto, compreender e integrar a sequência *ABCDE*⁵⁶, contribuindo para a articulação entre a componente teórica com contexto prático dos cuidados. Sobretudo, esta articulação, e que foi uma constante, foi uma mais-valia para que, progressivamente, aprimorasse a execução de cuidados técnicos de alta complexidade, procurando ter sempre em consideração normas, protocolos e orientações clínicas do serviço.

Durante o período de estágio constatei que o SU é um serviço com uma dinâmica particular; desta forma, se houve turnos com grande afluência de utentes, houve, no entanto, turnos de menor afluência (atípicos) e que permitiram que me focasse em pormenores muitas vezes camuflados na exigência das intervenções rápidas devido ao risco eminente de vida da PSC. Nestes turnos tive oportunidade para compreender mais e melhor a experiência da família em contexto de SU e as suas necessidades face à condição da PSC. As necessidades da família da PSC em contexto de SU explicitadas no presente relatório ⁵⁷ foram um contributo para a minha intervenção

⁵⁴ No meu local de trabalho, perante um utente com grande labilidade na troca de seringa de Noradrenalina, a estratégia utilizada é recorrer a duas seringas de Noradrenalina a ritmos de perfusão diferentes (mas perfazendo o total prescrito), para que quando uma seringa termina já se encontra outra em curso, sendo apenas necessário aumentar o ritmo de perfusão até perfazer o total prescrito.

⁵⁵ Como no manuseio do colar cervical ou na minha integração na equipa para a mobilização do utente em bloco para retirar o plano duro, garantindo sempre a segurança da coluna cervical.

⁵⁶ Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2011) e o American College of Surgeons (2012), a abordagem à PSC deverá seguir a ordem ABCDE, em que "A" corresponde a manutenção da via aérea com proteção da coluna cervical, "B" corresponde a respiração com ventilação e oxigenação, "C" corresponde a circulação com controlo da hemorragia e reposição da volémia, "D" corresponde a estado neurológico e "E" corresponde a exposição e controlo do ambiente.

⁵⁷ Abordado na pág. 7 do presente relatório.

junto desta, sobretudo porque me ajudou na organização do meu raciocínio e na compreensão sobre o que estas famílias estavam a viver. Em específico, tive a oportunidade de acompanhar a situação de uma família perante a morte inesperada do seu familiar; um utente de cerca de quarenta anos de idade e sem antecedentes de saúde conhecidos, durante o jantar com a família referiu sentir-se desconfortável e caiu inconsciente no chão. Trazido ao SU pela VMER, em PCR e sob manobras de SAV, foi posteriormente declarado óbito. A carga emocional associada à morte, nesta situação em particular, teve impacto na minha pessoa, sobretudo ao deparar-me com a reação dos familiares. Refleti sobre essa situação, articulando-a com o conhecimento teórico sobre as necessidades da família perante a situação de morte inesperada da PSC (fruto de uma revisão teórica sobre este tema) e a importância da comunicação terapêutica, enquanto suporte da Relação Terapêutica, na satisfação dessas necessidades, tendo para esse efeito elaborado um Jornal de Aprendizagem, recorrendo ao ciclo reflexivo de Gibbs. A elaboração deste trabalho foi uma mais-valia para a minha compreensão das necessidades da família da PSC num contexto muito particular, constituindo-se um contributo para a perspetivação de intervenções em situações semelhantes, que espelhem os conhecimentos e habilidades facilitadores dos processos de luto (OE, 2010b), permitindo a gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivida pela família (OE, 2011). Pude constatar que as intervenções realizadas naquele momento, como as explicações dadas à família sobre a causa da morte, o dar possibilidade à família de ver o corpo do utente (tendo previamente explicado o que iriam ver), bem como a disponibilidade da equipa para o que a família necessitasse, são intervenções relatadas na bibliografia consultada e que contribuem para a adaptação da família à situação. A elaboração deste Jornal de Aprendizagem, e tal como o anterior, contribuiu para o desenvolvimento das competências necessárias para um pensamento crítico mencionadas por Lai (2011), em especial num contexto de cuidados que não me é familiar, permitindo analisar os cuidados prestados e, em particular, o impacto que a situação teve em mim, com significativa influência no meu “eu” profissional. A reflexão conjunta com a enfermeira orientadora sobre esta situação desencadeou uma partilha de experiências que se revelou ser enriquecedora, sobretudo porque me fez refletir sobre a vulnerabilidade que este tipo de situações gera nos enfermeiros⁵⁸, dado que

⁵⁸ Explorado na pág. 30 e 31 do presente relatório.

a morte inesperada de um utente é uma situação extremamente emocional para estes (Walker & Deacon, 2016). No decorrer da minha experiência profissional, conheci enfermeiros que por se manifestarem sensibilizados e com dificuldade em gerir uma situação deste género, foram considerados pelos pares como imaturos ou com pouca capacidade de gestão, sendo-lhes por isso muitas vezes “negado” o sentimento legítimo de vulnerabilidade. Este seria um tema que, a ter mais tempo de estágio, me faria sentido desenvolver, mais não fosse para dar enfoque à importância de reuniões informais periódicas para a partilha de experiências deste cariz.

Apesar dos turnos atípicos, na grande maioria (e devido à grande afluência de utentes) senti que não tive a disponibilidade para a família da PSC que gostaria de ter tido, uma vez que os utentes em situação crítica requeriam a prestação de cuidados emergentes devido ao risco eminente de vida em que se encontravam, exigindo a minha presença permanente⁵⁹. Assim, o percurso que iniciei no estágio de UCI para o desenvolvimento das competências relacionais foi, de facto, uma mais-valia, especialmente pela experiência que fui adquirindo e que me permitiu que neste estágio, apesar do pouco tempo que tinha disponível para estar com a família e identificar as suas necessidades e intervir em consonância, fosse no entanto tempo de qualidade. Foi principalmente através disponibilidade e interesse que procurei demonstrar, que os familiares foram sentindo confiança em mim, sentindo-se apoiados para falarem daquelas que eram as necessidades eminentes. Neste estágio foi notória a melhoria da minha interação com a família, especificamente no recurso a técnicas de comunicação terapêutica. Desta forma, e suportando o estabelecimento da Relação Terapêutica através destas técnicas de comunicação, pude acompanhar as famílias nas suas perturbações emocionais, indo assim ao encontro do que é defendido pela OE (2011), uma vez que é do âmbito do enfermeiro especialista a gestão da Relação Terapêutica perante a família em situação crítica. Sobretudo, o que este estágio contribuiu para a melhoria do meu recurso a técnicas de comunicação terapêutica foi o pouco tempo disponível que tinha com as famílias, em especial em situações de cariz inesperado. Apesar de inicialmente ter sido difícil o recurso à *reflexão* e à *redução da distância*, em muito devido ao facto da família não se mostrar disponível por não confiar inteiramente em mim (dado que para eles, eu era uma

⁵⁹ Segundo Sá, Botelho e Henriques (2015) a situação de saúde/doença da PSC implica dedicação na satisfação das suas necessidades, sendo por isso muitas vezes relegadas para segundo plano as necessidades da família.

desconhecida), progressivamente fui compreendendo cada vez melhor o não-verbal, e, assim, primeiramente ir ao encontro do que era prioritário para a família e, em torno disso, desenvolver a minha intervenção baseada numa comunicação que se pretendia terapêutica.

Com a experiência deste estágio, considero, assim, ter conseguido gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a Relação Terapêutica com a família face à situação de alta complexidade do estado de saúde da PSC (OE, 2010b), tendo contribuído para a fase inicial da transição situacional que vivia. Sobretudo, considero ter contribuído para que esta tomasse consciência do que estava a acontecer, promovendo a sua adaptação, mas nunca pondo de parte a importância da identificação daqueles que a família considerava serem os seus elementos de suporte no imediato e que poderiam contribuir para a gestão da situação. Desta forma, remeto-me para a grande diferença que identifiquei neste contexto em comparação com UCI: a limitação de tempo. Este fator condiciona a disponibilidade para acompanhar a família na sua transição, o que sustenta a importância da comunicação terapêutica como contributo na identificação precoce das necessidades da família de forma a se intervir em consonância.

No sentido de desenvolver a competência “*Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima*” foi importante conhecer o plano de emergência externo. Apesar de considerar importante o plano de emergência interno, este já me era familiar do estágio de UCI, pelo que a metodologia de ação e organização são semelhantes. Assim, foquei-me nas particularidades do plano de emergência externo, que se caracteriza por um conjunto de ações que visam dar resposta a uma situação de catástrofe ou uma situação de grande emergência externa em que o hospital esteja envolvido, para que a atuação seja eficaz através da utilização dos recursos disponíveis. Este plano encontra-se organizado em três níveis⁶⁰ e envolve não só o espaço físico do SU bem como outras áreas do hospital e requer a mobilização de toda a equipa deste serviço bem como de equipas de outros serviços.

Perante a necessidade de mobilizar os utentes numa emergência, na área da urgência será respeitada a ordem invertida do Sistema Triagem de Manchester,

⁶⁰ Nível 1 - Resposta com os meios imediatos e habitualmente disponíveis; Nível 2 - Resposta com os recursos do Hospital, ativáveis em situações especiais; Nível 3 - Resposta com os recursos mobilizáveis em situações de grande emergência. A referir que só quando esgotadas as capacidades e recursos de um determinado nível é que é acionado o nível seguinte (segundo o Plano de Emergência Externa do Centro Hospitalar).

cabendo ao enfermeiro alocado ao sector decidir a organização de evacuação dos utentes, solicitando o apoio do enfermeiro coordenador se necessitar; no SO será o enfermeiro coordenador a decidir a ordem de evacuação dos utentes. Considero que em contexto de SO, e apesar de ser expectável um internamento de curta duração, poderia ser vantajoso a avaliação dos utentes internados de forma a serem classificados, sendo-lhes atribuído um lugar na ordem de evacuação⁶¹. Em meu entender, a classificação poderia ser um fator facilitador na medida em que cada enfermeiro tem conhecimento, de antemão, da prioridade de evacuação de cada utente a quem presta cuidados, sendo mais fácil agilizar esse processo e deixando o enfermeiro coordenador do SO livre para a gestão de outros aspetos, estando seguro de que a evacuação seria ordenada e organizada pelos enfermeiros que se encontram na prestação de cuidados.

Considero importante referir a minha necessidade em conhecer a constituição dos carros de urgência, sobretudo em contexto de sala de reanimação, uma vez que nestas salas muita da medicação disponível para administração encontra-se condicionada neles. Desta forma, constatei que a constituição do carro de urgência, bem como os cuidados de manutenção vão ao encontro da Orientação nº 008/2011 “Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde” (DGS, 2011).

Por fim, no que concerne à competência “*Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica*”, integrei as recomendações das normas relativas às *Bundles* do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da DGS na minha prestação de cuidados. A par das *Bundles*, tive em consideração nas minhas intervenções as normas/orientações específicas do GCL PPCIRA, estas que têm a intuito de uniformizar a prestação dos cuidados tendo em vista a qualidade dos mesmos. Em específico neste serviço, constatei que em situações de necessidade de esvaziamento vesical, seja por necessidade de colheita de amostra de urina seja por retenção urinária, a técnica é realizada com cateter próprio, existindo dois tamanhos (um mais pequeno para esvaziamento em mulheres e um maior para homens). Considero importante a existência destes cateteres de tamanhos “adaptados” às diferenças anatómicas entre a uretra feminina e a masculina, uma vez que irá

⁶¹ Remeto-me para classificação que foi apresentada na pág. 23 do presente relatório.

contribuir para a prevenção de eventuais lesões internas e possíveis infeções que daí advenham. Para além disso, e consoante a urgência na colheita de amostra de urina, é sempre dada a possibilidade de micção espontânea; em meu entender esta prática vai ao encontro da *Bundle* “Prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical” (Norma nº 019/2015, DGS, 2015a) uma vez que se evita o cateterismo vesical até que este seja estritamente necessário.

2.2.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Nas competências do “*Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*”, farei a análise do meu desempenho articulando-o com: a Lei n.º 33/2009 de 14 de julho, a DAV, o RENNDA e o CDE.

A Lei N.º 33/2009 de 14 de julho (2009) “convidou” a presença da família em contexto de SU no sentido de garantir o direito do utente em estar acompanhado. A presença da família decorre da importância da sua integração no plano de intervenção do enfermeiro à PSC, indo ao encontro de uma abordagem holística. A integração da família no plano de cuidados contribui assim para que os direitos que lhe são reservados na lei supracitada possam ser garantidos, nomeadamente “(...) direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente, nas diferentes fases do atendimento (...)” (Lei N.º 33/2009 de 14 de julho, artigo 4º, pág. 4467.). Considero que a integração da família nos cuidados prestados à PSC se constitui o elemento chave do meu tema de projeto e, consequentemente, a base para o desenvolvimento das competências a que me propus. Assim sendo, o próprio projeto manifesta a minha vontade em compreender a situação vivida pela família e em intervir nas suas necessidades emergentes, procurando contribuir para que a transição que esta vive se perspetive saudável, pelo que esta preocupação revela uma atitude em humanizar os cuidados, indo ao encontro da alínea a) do artigo 110º do CDE “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (pág. 8104). Por outro lado, no sentido de satisfazer a necessidade de informação da família, considero ter ido ao encontro da alínea a) do artigo 105º (do dever de informação) e da alínea b) do artigo 106º (do dever do sigilo), artigos contemplados no CDE.

Ainda relativamente à Lei N.º 33/2009 de 14 de julho (2009) “Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de

Saúde”, no que concerne ao direito da família em relação à informação, considero muito importante a exceção “Indicação expressa em contrário do doente (...)” (artigo 4º, pág. 4467.). O respeito pela privacidade (artigo 107º do CDE) e pela vontade do utente foi uma constante durante todo este percurso, contudo assumiu-se um desafio em situações em que o utente não conseguia se manifestar expressamente (por exemplo, por estar inconsciente). Neste sentido, durante este estágio decidi explorar a DAV. A DAV consiste num documento que permite à pessoa inscrever os cuidados de saúde que concorda ou não em receber, bem como a nomeação de um procurador de cuidados de saúde. Em meu entender, a DAV é de extrema importância, sobretudo num serviço como o SU, em que a emergência das situações pelo estado da PSC implica cuidados invasivos e muitas vezes considerados de última linha; desta forma, a DAV vem dar voz ao utente que devido à sua condição de saúde/doença não se consegue manifestar. Durante a reflexão conjunta com a enfermeira orientadora acerca da importância da DAV, procurei informar-me se haveria interesse por parte da equipa multidisciplinar em procurar a existência de uma DAV para cada utente admitido; infelizmente, apesar de ser considerado uma preocupação, aparentemente ainda não se encontra enraizado na prática clínica deste serviço. Em meu entender a possível não consulta do DAV poderá ter repercussões nos cuidados: por um lado porque não é respeitado um direito do utente consagrado pelo próprio DAV, contrariando o princípio ético da autonomia; por outro lado, são mobilizados recursos para a prestação de cuidados que poderão ser tidos como desnecessários, como a manutenção da vida quando é contra à vontade do utente, em vez desses mesmos recursos terem como foco, por exemplo, uma morte digna. Seria um assunto que gostaria de ter abordado caso tivesse tido oportunidade, não só no seio da equipa de Enfermagem, mas de toda a equipa multidisciplinar, com o objetivo de sensibilizar para esta matéria.

Perante a situação de um potencial dador, em particular perante um utente que não consegue manifestar a sua vontade, julgo importante fazer referência ao RENNDA. De uma forma geral, todos os cidadãos residentes em Portugal são considerados potenciais dadores, pelo que o registo no RENNDA vem salvaguardar a indisponibilidade do cidadão para a colheita de órgãos ou tecidos. Durante o período de estágio presenciei situações de fim de vida, contudo nenhuma destas se constituía a de um potencial dador de órgãos ou tecidos, pelo que não pude acompanhar o

processo, sobretudo a parte de validação de existência de registo no RENNDA; contudo é um meio de extrema importância e que, tal como a DAV, vem dar voz aos direitos da pessoa, apesar de em situação de fim de vida. Nas situações de utentes em fim de vida e que não reuniam condições clínicas para serem dadores, procurei não só respeitar as manifestações de perda expressas pela família (e neste aspeto remeto para o caso abordado no Jornal de Aprendizagem) mas também em respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte (CDE, artigo 108º).

De uma forma geral, a minha consideração e preocupação pela DAV e pelo RENNDA vão ao encontro da alínea e) do artigo 102º do CDE: “Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e filosofia de vida” (pág. 8102).

A par do que foi exposto, e porque neste SU poderiam ser admitidos utentes de diferentes raças, etnias e religiões, procurei sempre estar atenta aos “(...) valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra (...), assumindo o dever de prestar cuidados (...) sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (CDE, alínea a) do artigo 102º, pág. 8102).

No desenvolvimento das competências do “*Domínio da melhoria contínua da qualidade*”, procurei integrar o meu tema de projeto na realidade de cuidados dos enfermeiros do SU. Desta forma, e em discussão com o enfermeiro chefe e com enfermeira orientadora, considerou-se pertinente realizar uma ação de formação que abordasse as técnicas de comunicação terapêutica que poderiam suportar a Relação Terapêutica entre enfermeiro e família, sobretudo num serviço em que existe alguma limitação no tempo (e, logo, de disponibilidade para acompanhar a família na sua transição), o que sustenta a importância da comunicação terapêutica como contributo na identificação precoce das necessidades da família de forma a se efetivar a intervenção de Enfermagem.

Como foi referido anteriormente, a Lei N.º 33/2009 de 14 de julho contempla não só o direito do utente de ser acompanhado no SU como também o direito do acompanhante de ter informações sobre o utente, adequadas e em tempo útil. Esta lei vai ao encontro das necessidades da família da PSC em contexto SU, especificamente a necessidade *Comunicação*. Segundo Redley, Beanland & Botti (2003a), nesta área de necessidades a família necessita, entre outras, de informações

frequentes, fatos específicos relativos ao tratamento e ao progresso da PSC, saber exatamente o que foi realizado e porquê, saber o que esperar da situação da PSC. De uma forma geral, estes autores referem que no sentido de satisfazer esta necessidade é importante que o enfermeiro seja honesto e preciso, encoraje o esclarecimento de dúvidas e estabeleça um contacto precoce com a família, pelo que neste contacto é importante manter uma comunicação regular em que a escuta ativa seja uma constante. Em meu entender, estas intervenções vão ao encontro do que se preconiza ser a comunicação terapêutica, uma vez que esta, aliando a congruência entre o verbal e o não-verbal, é “(...) um processo consciente que, de forma intencional, permite identificar e responder às necessidades de cada pessoa (...)” (Coelho & Sequeira, 2014, pág.1). Recorrendo às técnicas de comunicação terapêutica, o enfermeiro poderá não só compreender a necessidade de *Comunicação* da família, mas também satisfazê-la, uma vez que, na minha perspectiva, muito mais do que meramente transmitir as informações, é importante a forma como esta transmissão ocorre. Contudo, a comunicação terapêutica não se limita à satisfação da necessidade *Comunicação*, uma vez que é o suporte para a Relação Terapêutica (Riley, 2012).

Assim, face a esta justificação da pertinência em abordar este tema, elaborei um plano de sessão seguindo os mesmos propósitos do plano de sessão elaborado no estágio em UCI⁶². Na elaboração desta ação de formação procurei articular o tema do meu projeto com a prática de cuidados do SU, de forma a ser um contributo para a relação que se perspetiva estabelecer entre o enfermeiro e os familiares e a satisfação das necessidades destes perante a situação saúde/doença da PSC. Uma vez que a aprendizagem assume maior significado se a construção de saberes for feita a partir de conhecimentos prévios (Gubert & Lenise, 2011), procurei justificar a pertinência do tema tal como supracitado, surgindo essa justificação como estratégia para fazer a ponte entre o conteúdo teórico e a prática de cuidados. No final da apresentação foi entregue um questionário⁶³ com intuito de avaliar a pertinência do tema abordado na prática de cuidados, sendo que foi considerado por todos como muito pertinente. Apesar de durante a ação de formação se ter reservado um momento para partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas, foi nos turnos seguintes que essa partilha

⁶² Abordado na pág. 26 e 27 do presente relatório.

⁶³ O mesmo questionário utilizado no estágio em UCI, abordado na pág. 27 do presente relatório.

ocorreu, tendo havido a oportunidade para uma reflexão conjunta com alguns dos enfermeiros do SU sobre o impacto da comunicação terapêutica na qualidade dos cuidados, especialmente quando perante famílias que se encontram ansiosas com o estado da PSC.

Durante estágio, em conjunto com a enfermeira orientadora, identificou-se como necessidade do serviço a elaboração de um guia de acolhimento da família no SO. Uma vez que Redley et al. (2003a) referem que uma das intervenções do enfermeiro perante a necessidade de *Comunicação* da família é fornecer informações escritas para complementar a comunicação verbal, perspetivou-se a elaboração do guia tendo por base as necessidades da família no SU identificadas por estes autores. O objetivo do guia de acolhimento seria fornecer um conjunto de informações que ajudasse na experiência da família da PSC, muitas vezes geradora de ansiedade, procurando ser um reflexo da preocupação da equipa de Enfermagem em contribuir para essa mesma experiência de forma positiva. Para a elaboração do guia foi necessário realizar turnos no SO com o objetivo de compreender como a dinâmica deste implicava na própria dinâmica familiar; por outro lado, a própria interação com as famílias dos utentes internados contribuiu para que compreendesse de forma mais pormenorizada a fase inicial da transição que viviam e a forma como a satisfação das suas necessidades poderia ter impacto na nessa mesma transição. Assim, e de uma forma geral, pelo que pude apreender das famílias com quem tive contacto, e também através da partilha de experiências com outros enfermeiros no SO, as principais necessidades manifestadas pela família relacionam-se com a *Comunicação* e com a *Proximidade*. Contudo as outras necessidades, e porque se remetem muito para o próprio familiar, não estando tão diretamente relacionada com a PSC, acabam por ser colocadas de parte. Foi então necessário articular a revisão da literatura realizada acerca das necessidades da família no SU com a realidade das famílias no SO; deste trabalho de análise e reflexão surgiu o *Guia de Acolhimento da Família* no SO, que apesar estar diretamente relacionado com a necessidade de *Comunicação*, procura, no entanto, abordar as restantes necessidades que surgem neste contexto. No sentido de facilitar a leitura do guia, este encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte são fornecidas informações sobre as características do SO, sendo também contemplados os contactos telefónicos e o acesso ao serviço. Na segunda parte são abordados tópicos como as visitas (especificando que apesar desta ser flexível estão

preconizados dois períodos, fazendo a salvaguarda que devido a contingências do SO estas poderão ser limitadas), precauções (fazendo referência à importância da higienização das mãos e salvaguardando a importância de seguir as indicações dos profissionais de saúde) e informações (fazendo menção que as informações serão dadas presencialmente e sempre com o intuito de respeitar a confidencialidade). Por fim, na terceira parte são fornecidas “Outras informações que poderão ser úteis”, em que se faz referência ao apoio administrativo, gestão do espólio, serviço social do SU e gabinete do cidadão, assistência religiosa e informações de cariz mais prático (como localização do serviço de cafetaria, das instalações sanitárias, do multibanco e da cabine telefónica).

O guia foi assim perspectivado como facilitador de comunicação entre o enfermeiro e a família, contudo não dispensa a interação entre eles, devendo ser entregue e explicado por um dos elementos da equipa de Enfermagem. Futuramente, o guia será enviado para a Direção de Enfermagem para aprovação; depois de aprovado será apresentado à equipa multidisciplinar e, posteriormente, começará a ser entregue aos familiares no momento da visita.

Com o intuito de desenvolver as competências do “*Domínio da gestão de cuidados*”, procurei inteirar-me das funções dos enfermeiros coordenadores, pelo que realizei alguns turnos com um dos enfermeiros coordenadores do SO e com um dos enfermeiros coordenadores da área da urgência. A realização destes turnos foi importante na medida em que pude constatar a importância da gestão em Enfermagem, que tendo um impacto direto na prestação de cuidados acaba por ser um contributo para a qualidade destes. Foram turnos em que, através análise reflexiva das práticas em conjunto com estes enfermeiros, foi possível compreender que o enfermeiro coordenador apesar de nem sempre participar diretamente na prestação de cuidados é, no entanto, uma peça fundamental, contribuindo para a harmonia do SU.

Como já foi referido anteriormente, o SU encontra-se dividido em duas áreas, a do internamento (que diz respeito ao SO) e a da urgência (que diz que diz respeito aos restantes sectores). Cada uma destas áreas tem por turno um coordenado próprio: no SO o coordenador assume uma função de gestão dos recursos (humanos e materiais) e dos cuidados (estando integrado na prestação de cuidados, intervindo sempre que solicitado ou que considere pertinente), constituindo-se ponte de comunicação entre

os enfermeiros e os restantes elementos da equipa multidisciplinar; na urgência, e devido à existência de vários sectores e fisicamente distantes entre si, o coordenador assume uma posição de gestão dos recursos humanos. Em meu entender, a gestão de recursos humanos realizada por este enfermeiro coordenador implica que, de facto, este enfermeiro esteja mais “distante” da prestação de cuidados de forma a ter uma visão global da situação, que acaba por ser facilitada pelo facto de não ter de se preocupar com a micro gestão (como a necessidade de reposição e organização de material, a gestão dos cuidados de cada sector, que ficam à responsabilidade do enfermeiro que lá se encontra alocado); por outro lado, devido a esta posição privilegiada para avaliar cada situação de uma forma mais abrangente, é-lhe possível ter noção da necessidade de mobilizar recursos, como mobilizar enfermeiros para determinados sectores, deixando livre o enfermeiro de cada sector focado na prestação de cuidados, estando seguro de que o coordenador assim que necessário recorre a essa mobilização. No sentido de estar a par do que está a acontecer em todos os sectores, este enfermeiro coordenador realiza rondas, visitando todos os sectores com frequência durante o decorrer do turno; a par destas rondas está a consulta do sistema informático para compreender se o que observou é compatível com o que está no sistema. Considero esta estratégia de aliar a consulta do sistema às rondas muito pertinente, uma vez que permite ao enfermeiro coordenador estar a par das particularidades de cada sector em tempo real; por exemplo, ao constatar que numa sala de espera se encontram muitas pessoas, poderá confirmar no sistema se serão um grande número de utentes ou acompanhantes, por outro lado, ao verificar que a sala de espera tem de facto muitos utentes poderá confirmar se foi uma entrada em “massa” (em pouco tempo) ou se se deve a um “atraso” no atendimento e que poderá implicar mobilização de enfermeiros de outros sectores para dar apoio.

Em meu entender, no que diz respeito à gestão de recursos e liderança, a par do que observei durante estes turnos, a reflexão conjunta com os enfermeiros coordenadores constituiu-se uma mais-valia, na medida que contribuiu para analisar e compreender a intencionalidade das suas decisões e as implicações destas na prática de cuidados. Considero igualmente importante referir que durante a prestação de cuidados, foi possível compreender a micro gestão da sala de reanimação, que implica que o enfermeiro esteja a par dos recursos materiais disponíveis e os recursos que deverá de solicitar, sempre com o objetivo de antecipar eventuais necessidades

Durante a prestação de cuidados pude colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar, estando atenta para o reconhecimento da necessidade de reencaminhar os utentes para outros setores do SU ou elementos a equipa multidisciplinar (como o Assistente social), utilizando, assim, os recursos disponíveis de forma eficiente e promovendo a qualidade.

Por último, mas não menos importante, o “*Domínio das aprendizagens profissionais*”. Tal como no estágio anterior, a reflexão foi muito importante para o desenvolvimento das competências relativas a este domínio. Não se limitou a uma reflexão individual, mas antes uma partilha de experiências entre mim e a enfermeira orientadora que contribuiu para a análise das situações e para prestação de cuidados. Não posso deixar de me remeter para o Jornal de Aprendizagem, que assumiu grande importância sobretudo por focar um tema que me é delicado e que contribuiu para análise das minhas limitações face a situações de morte inesperada. A revisão da literatura realizada para sustentar esse trabalho ajudou a compreender que, em situações deste cariz, o enfermeiro poderá sentir-se numa situação de grande fragilidade pessoal, o que poderá ter impacto na sua intervenção. Para além da análise das situações reais, procurei também analisar situações fictícias em conjunto com a enfermeira orientadora; a reflexão neste contexto ajudou a colmatar o facto de não ter tido a oportunidade de prestar cuidados a utentes com grandes politraumatismos. Por outro lado, permitiu perspetivar intervenções face a eventuais necessidades do utente internado e da sua família.

Uma constante durante este percurso foi a minha procura de oportunidades de aprendizagem, demonstrando uma atitude proactiva face ao meu processo de aprendizagem e desenvolvimento, assumindo a responsabilidade pelo rumo que este levava⁶⁴. Também neste estágio procurei sustentar a minha prática na melhor evidência científica, recorrendo a tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados, pelo que aprofundei conhecimentos em novas áreas, demonstrando esses conhecimentos e aplicando-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

⁶⁴ Por exemplo, estar atenta à admissão de utentes na sala de reanimação à qual a enfermeira orientadora não estava alocada. Assim, foi possível participar num maior número de situações complexas de cuidados que contribuíram para que a minha capacidade de análise fosse sendo cada vez mais rápida e congruente com a realidade, manifestando-se numa prestação de cuidados mais concisa e adequada às necessidades.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório assumiu grande importância, dado que ajudou a sistematizar o percurso realizado, recorrendo a uma descrição, análise reflexiva e fundamentação das práticas em estágio, em que procurei justificar as competências desenvolvidas. O percurso de desenvolvimento assentou sobre o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, que, segundo Benner (2001) e Benner, Tanner e Chesla (2009), enfatiza a importância da aprendizagem experiencial como sendo essencial para a progressão evolutiva do enfermeiro para a aquisição e desenvolvimento de competências e *skills*. Assim, durante a experiência de prestação de cuidados em contexto de estágio foi-me possível adquirir e desenvolver competências, construindo, progressivamente, uma aprendizagem no contexto prático de cuidados críticos, que me permite hoje estar mais perto de alcançar o estágio de perito, uma vez que “(...) com a experiência e o domínio, a competência transforma-se” (Benner, 2001, pág. 63).

Durante os estágios foi-me possível prestar cuidados à PSC, que estando a viver uma situação de saúde/doença complexa exigiu o desenvolvimento de um olhar crítico muitas vezes moldado pela emergência das intervenções que eram necessárias. De igual modo, foi-me possível compreender em contexto prático a forma como esta situação é vivida pela família e os constrangimentos que lhe traz. Assim, foi importante a revisão da literatura realizada, aliada à observação e posterior análise crítica, que ajudaram na sistematização do pensamento e a orientar a minha intervenção.

A minha experiência profissional prévia em UCI permitiu-me encarar as novas situações, em contexto de estágio, sem ser com o deslumbramento que tive na minha integração profissional, contribuindo para que fosse mais conscienciosa das minhas necessidades de aprendizagem, procurando assim situações que pudessem potenciar o desenvolvimento das competências de mestre e de enfermeiro especialista. Por sua vez, o facto de não ter experiência no contexto de SU, apesar de ter sido gerador de alguma expectativa e mesmo ansiedade, foi na verdade catalisador que, aliado às estratégias desenvolvidas, contribuiu para que estivesse ainda mais atenta para compreender a intervenção do enfermeiro num meio em que a emergência desta intervenção tem papel preponderante devido ao risco eminente de vida da PSC.

Perante a vivência da família da PSC, perturbadora do equilíbrio e dinâmica familiares, importou compreender em que moldes a intervenção de Enfermagem poderia ser efetivada; a Teoria das Transições (Meleis et al., 2000) foi o suporte para compreender a especificidade da experiência da família. Na sua intervenção, o enfermeiro deverá ter em consideração as necessidades que emergem desta experiência, que se encontra intimamente associada à situação de risco de vida da PSC, sendo que a compreensão da dinâmica das relações familiares foi uma mais-valia para identificação dessas mesmas necessidades. A Relação Terapêutica com a família envolve, então, contornos em que se torna possível avaliar as suas necessidades e identificar potenciais áreas de intervenção. Esta relação constitui-se não só o ponto de partida para a identificação das necessidades da família, mas também como intervenção efetiva na satisfação destas. Assim, a intervenção do enfermeiro deverá organizar-se em torno da Relação Terapêutica como instrumento fundamental do cuidado de Enfermagem, através da empatia e da comunicação, com o objetivo de identificar e satisfazer as necessidades da família.

O desenvolvimento das competências surgiu a partir das situações vividas durante o estágio, procurando identificar as necessidades dos serviços e aliando-as à pertinência do tema de projeto enquanto potenciador da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Nesse sentido, foram realizadas ações de formação em ambos os contextos de estágio, que visaram não só focar a vivência da família da PSC mas também a importância da intervenção do enfermeiro. Perspetivando contribuir para a experiência da família, foi elaborado o *Guia de Acolhimento da Família* no SO; por sua vez, em UCI, e dado já estar implementado um projeto institucional que tem em vista as necessidades a família, foi elaborado um questionário para avaliar a satisfação da família e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados. Uma vez que o estágio teve um limite temporal, não foi possível realizar algumas atividades que poderiam ser um contributo para a melhoria das práticas nos contextos; remeto para o documento de registo sobre as necessidades identificadas da família a ser integrado na nota de transferência na UCI e as formações sobre a importância da consulta da DAV e sobre o impacto da morte inesperada do utente no enfermeiro, ambas em SU.

Considero ter ido ao encontro dos objetivos traçados para os estágios e, sobretudo, denotando um crescimento pessoal e profissional em muito devido às situações que vivi e profissionais que conheci. A experiência de cuidar da PSC e da sua família foi

gratificante, contribuindo para o meu crescimento profissional face às situações de cuidados críticos.

Em Portugal, não são abundantes os estudos que focam a experiência da família e as suas necessidades face à condição da PSC, talvez por se priorizar a intervenção desta última. Da literatura consultada, constatou-se que a cultura tem impacto nas relações dinâmicas entre os familiares e nas suas necessidades; sendo Portugal um país multicultural, é importante estar a par das “pequenas diferenças” que poderão resultar numa intervenção personalizada reveladora de um cuidado holístico. Desta forma, uma estratégia para fomentar esta temática será a formação dos profissionais, procurando cimentar a Relação Terapêutica que se estabelece com a família, perspetivando que o tempo que lhe é concedido (e muitas vezes limitado) seja, no entanto, de qualidade. Assim sendo, o desenvolvimento desta temática, inicialmente no meu local de trabalho, mas ambicionando alcançar mais profissionais (seja através de publicações ou participações em congressos/conferências), poderá ser uma mais-valia no cuidado à família da PSC, perspetivando ser um contributo para a qualidade deste. Desta forma, não tendo este percurso de formação e crescimento terminado, fica patente a minha necessidade em continuar a explorar este tema, desenvolvendo competências, e de o dar a conhecer no sentido de partilhar o conhecimento que adquiri.

Por fim, considero importante fazer referência ao contributo que toda a experiência de frequentar este Mestrado teve na minha prática de cuidados, dado que a minha experiência profissional em UCI se iniciou concomitantemente. Esta formação avançada foi uma mais-valia para que, progressivamente, analisasse as situações de cuidados de forma global mas apreendendo o que lhes era particular, mobilizando e integrando os conhecimentos da fundamentação teórica com a realidade da prática, permitindo adquirir segurança na prestação de cuidados especializados, competentes e de qualidade.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, A. M. N., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 70–80. <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>
- Adams, J., Anderson, R., Docherty, S., & Steinhauser, K. (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 43(5), 406–415. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.02.001>
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support Student Course Manual*. (American College of Surgeons, Ed.) (9a ed.). Chicago
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Benner, Patrícia (2001) – De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-x
- Benner P., Tanner A., Chesla C. (2009) Expertise in Nursing Practice, Caring, Clinical Judgement and Ethics, 2nd Ed. New York: Springer Publishing Company. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)63109-8](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)63109-8)
- Briga, S. C. P. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>
- Campos, S. (2014). *Necessidade da Família em Cuidados Intensivos – Tradução, Adaptação e Validação do Instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. Universidade do Porto Dissertação de Mestrado. Porto. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/77954>
- Carel, H. (2009). Vulnerability and embodiment, 214–219.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (volume 1). Loures: Lusodidacta.

- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. *Nursing Research Methodology*, 237–257. In: Meleis, A. I. (2010). Transitions Theory - midle range and situation specific theories in nursing research and practice. *Springer Publishing Company*. https://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Coelho, M. T., & Sequeira, C. (2014). Comunicação Terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11(11), 31–38.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP)*: versão 2. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros
- Cunha, L. M. A. Da. (2007). *Modelos Rasch e escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes*. Dissertação de Mestrado. *Ciências, Faculdade D E*, 78. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1229/1/18914_ULFC072532_TM.pdf
- Dalmoro, M., & Vieira, K. M. (2013). Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados? *Revista Gestão Organizacional*, 6, 161–174.
- Dean, A., & Willis, S. (2016). The use of protocol in breaking bad news : evidence and ethos The use of protocol in breaking bad news : evidence and ethos. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(6), 265–271.
- Delcroix, M., & Howard, L. (2015). Pulmonary arterial hypertension: The burden of disease and impact on quality of life. *European Respiratory Review*, 24(138), 621–629. <https://doi.org/10.1183/16000617.0063-2015>
- Decreto-Lei Nº 74/2006 de 24 de março (2006). *Diário da República n.º 60/2006, Série I A* (2011-02-18). 2242-2257.
- Despacho n.º 10319/2014 de 8 de Agosto. *Diário da República*, 2ª. Série, N.º 153 (11/08/2014) 20673.
- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República II Série*, Nº28 (10-02-2015) 3882- (2-10)
- Dias, H. J. C. (2010). Escalonamento de equipas de enfermagem de acordo com a previsão das necessidades de serviço. Retrieved from <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/2874>

- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direcção Geral da Saúde. <https://doi.org/176690/02>
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa Nº 13, 1, 44*.
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Orientação Nº008/2011
- Direcção-Geral da Saúde. (2015a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Norma Nº 019/2015, 1–12*.
- Direcção-Geral da Saúde. (2015b). Processo de Gestão da Medicação. *Orientação Nº 014/2015, 1–5*.
- Freitas, M., & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série(nº 10), 171–178*. <https://doi.org/10.12707/RIII12125>
- Freitas, M., Silva, A., Souza, A., & Carvalho, K. (2016). TERAPIA DE ALTO FLUXO COM CÂNULA NASAL NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA HIPOXÊMICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *XII Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica, 2–4*.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. OCSLD. <https://doi.org/978-1-873576-86-1>
- Gubert, E., & Lenise, M. (2011). Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. *Rev. Eletr. Enf., 13(2), 285–295*. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a15.htm>
- Gundo, R., Bodole, F., Lengu, E., & Maluwa, A. (2014). Comparison of Nurses ' and Families ' Perception of Family Needs in Critical Care Unit at Referral Hospitals in Malawi. *Open Journal of Nursing, 4(April), 312–320*.
- Hashim, F., & Hussin, R. (2012). Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital. *Social and Behavioral Sciences, 36(2012), 103–111*. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.03.012>
- Hsiao, P., Redley, B., Hsiao, Y., Lin, C., Han, C., & Lin, H. (2016). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing, 30, 3–8*. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>

- <https://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&acess=0&codigono=001100150046AAAAAAAAAAAAA>, acedido a 4 de janeiro de 2018
- http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110, acedido a 20 de dezembro de 2017
- <http://www.doentecritico2017.pt/>
- <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/profissionais-formacao/11-simposio-de-enfermagem/>
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>, acedido a 10 de Janeiro de 2018).
- <http://spms.min-saude.pt/2016/06/rentev/>, acedido a 20 de janeiro de 2018.
- <http://spms.min-saude.pt/product/rennda/>, acedido a 20 de janeiro de 2018.
- http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/05/Rentev_form_v0.5.pdf, acedido a 20 de janeiro de 2018.
- Isabel, H., & Botelho, H. (2017). Validação cultural da Critical Care Family Satisfaction Survey para a população portuguesa Validação cultural da Critical Care Family Satisfaction Survey para a população portuguesa.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. (Instuto Nacional de Emergência Médica, Ed.) (2a ed.).
- Jackson, K., & Brown, D. (2017). Nursing Management of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: What the new BAD Guidelines recommend. *Dermatological Nursing*, 16(2), 46–50.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D., & Hanson, S. (2010). *Family nursing process: family nursing assessment models. Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (4th Editio). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>
- Lai, E. R. (2011). Critical thinking: A literature review. *Critical Thinking*, (June), 1–49. Retrieved from <http://images.pearsonassessments.com/images/tmrs/CriticalThinkingReviewFINAL.pdf>
- Lam, S. M., So, H. M., Fok, S. K., Li, S. C., Ng, C. P., Lui, W. K., ... Yan, W. W. (2015). Intensive care unit family satisfaction survey. *Hong Kong Medical Journal*, 21(5), 435–443. <https://doi.org/10.12809/hkmj144385>

- Lei N.º 33/2009 de 14 de julho (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República 1.ª Série*, N.º134 (14-07-2009). 4467
- Lei N.º156/2015, de 16 de setembro (2015). Procede à segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República I Série*, N.º181 (16-09-2015) 8059-8105
- Leske, J. (1986). Needs of relatives of critical care patients: a follow up. *Heart & Lung*, 15, pp. 189-193.
- Leske, J. S. (1991a). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung*, 20, pp. 236-244.
- Leske, J. S. (1991b). Overview of family needs after critical illness: from assessment to intervention. *AACN Clinical Issues*, 2(2), 220–226. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1827028>
- Leske, J. S. (2002). Interventions to Decrease Family Anxiety. *Critical Care Nurse*, 22(2), 61–65.
- Lima, M., Monteiro, L., Nogueira, L., & Melo, F. (2015). Nursing Care To Patients' Family Hospitalized in Intensive Care Unit: an Integrative Review. *J Nurs UFPE on Line., Recife*, 9(5), 7957–66. <https://doi.org/10.5205/reuol.6121-57155-1-ED.0905201527>
- Loghmani, L., Borhani, F., & Abbaszadeh, A. (2014). Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of kerman: a qualitative study. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), 67–82. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.008>
- Lopez, F. (2016). Aplicación de presión positiva continua en la vía aérea con el dispositivo no mecánico de Boussignac. *Revista ROL de enfermería*, (39), 40-44. Disponível em: <https://medes.com/publication/109465>
- Loureiro, A. (2011). *Satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em unidade de cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1648>
- McEvoy, L.; Duffy, A. (2008). Holistic practice: A concept analysis. *Nurse Education in Practice*. 8. 412-419. Disponível em: <http://217.219.202.60/documents/10129/36463/holistic+practice+%E2%80%93+a+concept+analysis.pdf>

- McGoldrick, M., Carter, B., & Garcia-Preto, N. (2011). *The expanded family life cycle, the individual family and social perspectives* (4 ed.). Boston: Pearson Allyn & Bacon.
- Meleis, A.I. *Theoretical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007
- Meleis, A. I., Sawyer, L. ., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. *DGS-Direcção Geral Da Saúde*, 1–38.
- Ministério da Saúde e Instituto Nacional de saúde Ricardo Jorge (s.d.). Recomendações para as Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções dependentes das Vias de Transmissão.
- Molter, N. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart*, 8(2), 332–339.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *A cada Família o seu Enfermeiro* (1ª edição). Lisboa: Editora Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–4. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Regulamento n.º 533/2014 Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário Da República*, 2.ª Série - n.º 233 de 2 de Dezembro de 2014. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf

- Padilha, K. G., Cardoso de Sousa, R. M., Miyadahira, A. M. K., Monteiro da Cruz, D. de A. L., Fernandes Vattimo, M. de F., Kimura, M., ... Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 39(2), 229–233. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Padilha, K., Sousa, R., Silva, M., & Rodrigues, A. (2009). Disfunções orgânicas de pacientes internados Logistic Organ Dysfunction System.
- Pelazza, B. B., Simoni, R. C. M., Freitas, E. G. B., Da Silva, B. R., & Da Silva, M. J. P. (2015). Visita de Enfermagem e duvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 28(1), 60–65. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500011>
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2013). Avaliação da situação nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final. Lisboa.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312–318. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>
- Puggina, A. C., lenne, A., Carbonari, K. F. B. S. da F. C., Parejo, L. S., Sapatini, T. F., & Silva, M. J. P. (2014). Perception of communication, satisfaction and importance of family needs in the Intensive Care Unit. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 18(2), 277–283. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140040>
- Rave, O., Elena, B., Jesús, J. De, Botero, A., Andrés, C., & Cecilia, M. (2005). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud . Antioquia , 2003 a. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 23(1), 14–29
- Redley, B., & Beanland, C. (2004). Revising the Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 95–104. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02865.x>
- Redley, B., Beanland, C., & Botti, M. (2003a). Accompanying critically ill relatives in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 88–98. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02771.x>

- Redley, B., LeVasseur, S., Peters, G., & Bethune, E. (2003b). Familie's needs in emergency department: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 606–615.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (2011). *Diário da República, II Série*, Nº 35.
- Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011). *Diário da República, II Série*, Nº 35.
- Riley, Julia B. (2012). *Communication in Nursing*. 7th Edition. Missouri: Mosby Elsevier.
- Rodrigues, A., Cesário, F., Castanheira, F., & Chambel, M. (2017). Gestão de Desempenho: validação de um instrumento de medida. *Revista de Ciências Da Administração*, 1(1), 57. <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2017v19n47p57>
- Ros, R., Torras, E., Fernández, M., Sales, L., & Sancho, C. (2011). Impacto de los familiares del paciente crítico Ante una acogida protocolizada. *Enfermería Intensiva*, 14(2), 49–60.
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica : A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Sánchez-Palacios, M., Lorenzo Torrent, R., Santana-Cabrera, L., Martín García, J. A., Campos, S. G., & Carrasco de Miguel, V. (2010). Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: ¿un nuevo indicador de calidad? *Medicina Intensiva*, 34(3), 198–202. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2009.05.005>
- Schumacher, K. L., Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. In: Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. https://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Souza, R. (2015). *ANÁLISE DA SATISFAÇÃO FAMILIAR NA UTI E A UTILIZAÇÃO DO FS-ICU 24: O ESTUDO DE UMA REALIDADE BRASILEIRA*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/41322>

- Unamuno, M. R., & Marchini, J. (2002). Sonda nasogástrica/nasoentérica: Cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. *Medicina*, 35(1), 95–101. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v35i1p95-101>
- Walker, W., & Deacon, K. (2016). Nurses' experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings, and the provision of person-centred care: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.005>
- Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Yildirim, T., & Özlü, Z. (2018). Needs of Critically ill patients' relatives in Emergency Departments. *Nursing and Midwifery Studies*, 7, 33–38. <https://doi.org/10.4103/nms.nms>
- Zerati, A. E., Wolosker, N., de Luccia, N., & Puech-Leão, P. (2017). Cateteres venosos totalmente implantáveis: Histórico, técnica de implante e complicações. *Jornal Vascular Brasileiro*, 16(2), 128–139. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.008216>
- Zhai, Z., Zhou, X., Zhang, S., Xie, W., Wan, J., Kuang, T., ... Wang, C. (2017). The impact and financial burden of pulmonary arterial hypertension on patients and caregivers. *Medicine*, 96(39), e6783. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000006783>

